

post@ofotraadet.no
Vår refr: 18/37
Narvik 12.10.18
Saksbehandlere:
Elisabeth Storjord
Heidi Eriksen Laksoa

Helse Nord
postmottak@helse-nord.no

Høringsuttalelse til høringsnotat Regional utviklingsplan 2035

Ofoten regionråd viser til høringsnotat for Regional utviklingsplan Helse Nord RHF 2035 og vil her takke for muligheten til å levere innspill og på denne måten være med på å påvirke Helse Nord's langsiktige arbeid. Utkastet til planen ble presentert av dir. Lars Vorland samlet for kommunene i Ofoten regionråd den 31. august. I tillegg har kommunene vært invitert på et innspillsmøte tidligere i vår.

På denne bakgrunn velger kommunene i Ofotregionen å levere denne høringsuttalelse samlet gjennom Ofoten regionråd. Ofoten regionråd er et politisk samarbeidsorgan for kommunene Tysfjord, Ballangen, Narvik, Evenes og Tjeldsund.

Overordnet beskrives det at utviklingsplanen skal sikre befolkningen en likeverdig tilgjengelighet til trygge og gode tjenester med en organisering som underbygger gode pasientforløp i helse nord (jfr. mandat gitt i styresak Helse Nord RHF 107/2017).

Vi vil innledningsvis kommentere kapittel 3-nåsituasjonen. Det inneholder en gjenkjennbar beskrivelse, og særlig gjelder det beskrivelsen av situasjonen med hensyn til demografisk utvikling, flere multisyke eldre og en utfordrende rekrutteringssituasjon. Dette er en utvikling som er lik for både spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. I tillegg vises det til store variasjoner i samhandlingen sykehusene imellom samt mellom sykehus og kommunehelsetjeneste.

Overordnet samarbeidsorgan (OSO) i alle fire helseforetakene i Nord-Norge har gjennomført en kartlegging av helse- og omsorgstjenester i alle kommunene i nord, se pkt 10.4 i høringsnotatet. Kunnskap som har kommet fram i kartleggingen kunne ha vært mer synliggjort i utviklingsplanen. Når det er sagt, kunne kapittel to til fire, med fordel kortes ned og heller ha med grundigere informasjon som vedlegg.

3.2.2 Somatiske spesialisthelsetjenester

Figur 2 s. 20 viser at UNN HF har den laveste raten for døgnopphold per 1000 innbygger (147 døgnopphold per 1000 innbygger). Sammenlignet med UNN HF er andelen døgnopphold per 1000 innbygger 8% høyere ved Nordlandssykehuset HF, 19% høyere ved Helgelandssykehuset HF og 25% høyere ved Finnmarkssykehuset HF. Vi mener det ikke er grunn til å tro at dette kan forklares med forskjeller i sykelighet. En alternativ forklaring er at UNN HF på grunn av sine regionale funksjoner over tid har hatt mindre kapasitet til å tilby døgnopphold til innbyggerne som UNN HF har lokalsykehusfunksjon over. Vi stiller oss da spørsmålet om potensialet til å effektivisere og til å overføre fra døgnopphold er like stort i alle helseforetakene?

5 Utviklingstrekk og framskrivning

Beskrivelsene av utviklingstrekk og trender er gjenkjennbare for kommunene. Når man ser det opp mot andre funn i vår region står vi samlet sett overfor store utfordringer. Det er kommuner i vår region som på landsbasis har høyest andel (39,1 prosent) innbyggere i arbeidsfør alder med livsoppholdsytelser fra NAV. Dette er også en stor utfordring i resten av Ofoten, noe som bør tas alvorlig. Ofoten regionråd ønsker å sette forskerøyne på de demografiske utfordringene som finnes i samarbeid med UiT og gjerne støttet av Helse Nord.

Vi ønsker gjerne å knytte noen vurderinger til framskrivningsmodellen fig 14, s 47. Her forventes det en oppgave/pasientoverføring fra spesialisthelsetjeneste til kommunehelsetjeneste tilsvarende 45 000 liggedøgn i hele Helse Nord når vi kommer til 2035. Vi vurderer denne framskrivningsmodellen som lite bearbeidet fra Helse Nord sin side. Vi har sett på Helse Sør-Øst RHF sin utviklingsplan (s.75) om samme framskrivningsmodell. De velger å kalle det "Samhandling om de som trenger det mest". Videre skriver de: "I dag ligger det inne et kriterium med overføring av aktivitet til kommunene med en effekt som gir ni prosent reduksjon i liggedøgn i framskrivningsperioden. Denne endringsfaktoren har vekket forståelig irritasjon hos kommunene, siden tiltakene hverken er spesifiserte eller finansierte. Helse Sør-Øst RHF vurderer at en uspesifisert overføring av aktivitet til kommunene ikke er et hensiktsmessig og bærekraftig tiltak og foreslår derfor at dette går ut av framskrivningene. Det erstattes i stor grad av samarbeid om de som trenger det mest."

Vi er i prinsippet ikke motstandere av oppgaveoverføring/nye arbeidsformer. Tvert imot ser vi potensiale for bedre kvalitet i pasientoppfølging og bedre effektivitet gjennom å jobbe på nye måter og særlig mot målgruppene som er "storforbrukere" av våre tjenester. Vi forventer at vi sammen med Helse Nord RHF og helseforetakene i Helse Nord kan jobbe med å utmeisle hvilket potensial som ligger i oppgaveoverføring. Vi må gjøre det konkret og oppnåelig. En slik prosess må pares med en nødvendig statlig finansiering gjennom kommunenes rammeoverføringer. Vi har hittil ikke fått noen signaler fra staten om økt ramme for å kunne overta nye oppgaver fra spesialisthelsetjenesten. Tvert imot gis det signaler om trangere tider for kommuneøkonomien. Dette parallelt med den demografiske utviklingen, flere eldre og endret forsørgerbrøk, gjør situasjonen krevende for kommunene. Finansiering av nye oppgaver er avgjørende for at dette skal bli mulig.

6.2 Pasientens helsetjeneste

Under tiltak, pkt. 5, beskriver Helse Nord at de vil legge til rette for at pasientene opplever kontinuitet i møtene med ansatte i løpet av sykehusoppholdet og at pasienter som har rett til det får en kontaktlege. Vi støtter dette og mener det er viktig for samhandling med kommunene, også med hensyn til dokumentasjon.

6.3 Pasientbehandling og kvalitet

Til tiltakene bør en del spørsmål avklares. Hvordan definerer Helse Nord kvalitet? Videre utfordrer vi Helse Nord til å se på om ikke kommunene burde få plass i relevante fagråd. Når det gjelder eldremedisin kan det være på sin plass å presisere at dette inkluderer alderspsykiatri, et noe forsømt område.

Vi vurderer at det er for lite fokus på de særegne utfordringene til fagområdet psykisk helsevern for barn og unge (PHBU) i utkastet. Helseforetakene i Helse Nord har organisert PHBU helt ulikt. Det er også stor variasjon i den faglige profilen, hvilke tjenester som tilbys, syn på hvilke tjenester som burde tilbys, personellsammensetning og ressursituasjon. Dette påvirker videre hvilke tjenester kommunene bør/skal tilby til sine innbyggere. Tradisjonelt er dette et område som har sitt behandlingmessige tyngdepunkt i spesialisthelsetjenesten.

Vi støtter Helse Nord sine tiltak for å bedre kvaliteten i legemiddelhåndteringen, både internt i helseforetakene men særlig i overgangene mot kommunehelsetjenesten.

Tiltakene i dette avsnittet fordrer en god samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjeneste for å gi optimal effekt for pasientene. Vi etterlyser flere konkrete tiltak som kan sikre gode og *tilgjengelige* tjenester.

6.4 Strategier for å styrke et likeverdig møte med helsetjenesten for den samiske befolkning.

I tillegg til tiltakene som er beskrevet foreslår vi at det tas inn et punkt om at Helse Nord skal samarbeide med kommuner som har erfaringer med samisk språk og kultur innenfor de ulike samiske språkgruppene.

6.5 Regional utvikling og regionalt samarbeid

- 6.5.1 Funksjonsfordeling. Ofoten regionråd er enig i at en avklart funksjonsfordeling er viktig. Dette må blant annet sees opp mot rekruttering av fagpersonell, LIS-utdanning og kan medvirke til robuste fagmiljø, også i kommunene.
- 6.5.2 Samarbeid med private. Helse Nord's strategi på dette kan med fordel utdypes mer i utviklingsplanen.
- 6.5.5. Universitetssykehusfunksjonen i Helse Nord. Kommunene mener at det må avklares i utviklingsplanen en tydelig og faglig god funksjonsfordeling mellom Nordlandssykehuset Bodø og UNN Tromsø som sikrer universitetssykehusfunksjonen til UNN HF: “desentralisere det som kan, sentralisere det som må”.

6.6 Samhandling med primærhelsetjenesten

I avsnittet fremheves kultur for samhandling både innad og utad, og med vekt på helhetlige pasientforløp. Det står at det skal utvikles innovative modeller for organisering og finansiering, og utvikles felles forståelse for hva som er partenes primære ansvarsområde.

Samhandling er identifisert som viktig utviklingsområde i planen, imidlertid kunne planen med fordel nevne flere konkrete eksempler som kan brukes til tjenesteutvikling i regionen. Utviklingsplan fra Helse Sør-Øst RHF nevner slike eksempler som kan være et godt utgangspunkt. Helseforetakene i Helse Nord har jo erfaring med egne tjenestemodeller som kan videreutvikles, som for eksempel pasientsentrerte helsetjenesteteam i samarbeid mellom UNN HF og enkelte kommuner. Vi vil påpeke at nye arbeidsformer bør være særskilt rettet mot pasientene med størst behov, dette gjelder blant annet multisyke pasienter og eldre. FACT kan nevnes som et annet godt eksempel på et integrert tilbud for en komplisert målgruppe og med gode resultater.

Kommunene etterlyser tiltak som skal sikre en god og avklart ansvars- og oppgavefordeling mellom leger i spesialisthelsetjenesten og fastlegene.

Videre er et ikke uvesentlig spørsmål om hvordan Helse Nord RHF kan bidra til kommunenes folkehelsearbeid? Dette for eksempel gjennom identifisering av risikoinnbyggere eller andre analysefunn som kan bidra til mer treffsikkert folkehelsearbeid i kommunen. Herunder også relevant forskningsarbeid på fagområdet sammen med kommunene og fylkeskommunene. Helse Nord sin rolle i forebyggende helsearbeid er for lite beskrevet i utviklingsplanen.

6.7 Bemanning og kompetanse

I dette avsnittet savner vi mer om kompetanseutvikling og stabilisering. Rekruttering og stabilisering av helsepersonell vil være en stor utfordring også i framtiden. Utdanning av eget helsepersonell skal bidra til rekruttering og stabile fagmiljøer. Vi mener forskningsaktivitet for å utvikle behandlingsmetoder spesielt med tanke på lokale og arktiske forhold og små fagmiljø må økes også for bedre rekruttering. Vi vurderer at dette kommer for lite fram i utviklingsplanen. Utvikling og styrking av helsetjenestetilbudet krever stadig omlegging. Temaet henger sammen med funksjonsfordeling mellom sykehusene og sterke fagmiljøer. Det bør trekkes fram muligheter for simulering og samtrening, prosedyretrening og oppdatering, på tvers av forvaltningsnivåene. Robuste fagmiljø og en fornuftig funksjonsfordeling er særlig viktig for kommuner som er vertskommuner for utdanningsinstitusjoner. Hovedmengden av praksisplasser vil legges til disse kommunene, og det er derfor viktig å ha store nok fagmiljøer både i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

6.8 Forskning og innovasjon

Det kan presiseres i planen hvordan få samlet mer kraft i innovasjonsarbeidet. Etter vårt syn bør det etterstrebes større omfang av samarbeid med kommunehelsetjenesten om forskning. Vi ser særlig et behov for forskning på eldre helse.

6.10 Teknologi

Utvikling og tilrettelegging av teknologi og egnede lokaler, generelt og i forbindelse med nybygg, vurderes som viktig med hensyn til rekruttering og stabilisering av kompetanse. Kompetanseutvikling er viktig da fremtidens pasienter for både spesialisthelsetjenesten og kommunene vil bli mer komplekse, sammensatte og utfordrende. Hvis kommunene skal kunne håndtere denne utfordring, må spesialisthelsetjenesten bidra med kompetansetilførsel, og det må skapes arenaer for samhandling, samtrening og samlagsutvikling. Det vil fremover bli økende bruk av mer avansert teknologisk utstyr både i sykehus og i kommunene. Vi trenger derfor arenaer for å utvikle, og vedlikeholde denne kunnskapen. Det gjelder både å etablere samhandlings faggrupper og lokaliteter i form av simulering og samtreningssenter, der både personell fra spesialisthelsetjenesten og kommunene kan utøve regelmessig vedlikehold og utvikling av kunnskap. Et slikt senter tenkt som en fysisk arena der helsepersonell, kan komme til for å få, vedlikeholde og utvikle denne kunnskapen. Dette må også sees i sammenheng med at det er stadig mer avansert teknisk utstyr som ansatte i kommune skal håndtere i forbindelse med mer komplekse sykdomsbilder f. eks. hjemmerespiratorer. Det må i større grad utvikles og tilrettelegges arenaer for prosedyretrening, vedlikehold og utvikling av slik kunnskap- dette med f. eks. å anlegge SUSS (Simulering-, Utvikling- og Samtrening Senter). Her må man og være innovativ nok til å utvikle virtuelle digitaliserte arenaer, som f. eks. kan drifte og utvikles sammen med teknologiske miljøer. En ide vil være å utvikle et SUSS i UNN Narvik i samarbeid med UiT sin teknologiutdanning ved UiT Campus Narvik som en pilot som mal for andre steder i Nord-Norge.

Det er viktig at helseforetakene gis anledning til å utvikle samarbeid med næringslivet i landsdelen.

Videre er vi litt usikre på hva som menes med «Helse Nord vil vurdere å utvikle en funksjon som skal støtte både spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten med å ta i bruk og anvende teknologiske løsninger», under tiltak teknologi s. 73.

6.11 Bygg og kapasitet

Ved samlokalisering av psykisk helsevern og somatiske helsetjenester er prosesser med organisasjonsutvikling helt nødvendig. Dette bør omtales/spesifiseres i planen. Se også kommentarer under overskrift 6.10 Teknologi.

Kap 7 Veien videre og implementering av tiltak

Vi mener at tiltak som gjennomføres i årlige og 4-årige planer som påvirker kommunehelsetjenesten må samkjøres med rammeoverføringer til kommunene. I planen nevnes kontinuerlig forbedring og effektivisering, tiltak knyttet til ressurser og infrastruktur samt tiltak knyttet til transformasjon av dagens modell for å levere helsetjenester. Det er store endringer som planlegges og vi savner at det kommer tydeligere frem hvordan Helse Nord kan skape kraft i dette arbeidet. Kommunenes inkludering i prosessen må også tydeliggjøres.

I følge Vorland (innlegg Ofoten regionråd 310818) skal planen sette retning, gi føringer og være et felles utgangspunkt for å utvikle og organisere spesialisthelsetjenesten (og samhandlingen med kommunene). Vi vurderer at planen kunne vært tydeligere for å sette retning. Vi vil oppfordre Helse Nord om å se mot Helse Sør-Øst RHF sin plan da vi vurderer

at de i større grad har klart å konkretisere sine tiltak, samt gjort noen prioriteringer. De har fire målområder der de på alle områder drar inn konkrete eksempler:

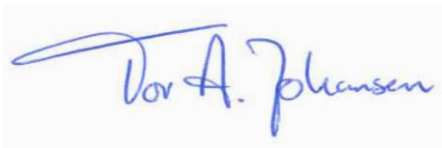
1. Bedre bruk av teknologi og nye arbeidsformer
2. Samarbeid om de som trenger det mest
3. Redusert uønsket variasjon
4. Ta tiden tilbake- mer tid til pasientrettet arbeid

Etter vårt syn er dette et eksempel på hensiktsmessig konkretisering, og gir en ide om hvordan Regional Utviklingsplan Helse Nord 2035 kan bli et enda mer retningsstyrende og førende dokument.

Sentrale momenter oppsummert:

1. Vedrørende utviklingstrekk og framskrivning legger kommunene i Ofoten følgende premisser til grunn for at ytterligere oppgaver/pasientoverføring skal kunne finne sted: Felles prosess, tilstrekkelig med tid til overføring og ikke minst finansiering.
2. Det forventes en tydeligere beskrivelser av Helse Nord RHF sitt ansvar for og bidrag inn i folkehelsearbeidet. Det er viktig at Helse Nord, fylkeskommunene og kommunen samarbeider om folkehelsesatsingen i Nord-Norge.
3. Det foreslås som tiltak at Helse Nord RHF, Universitetene (Nord og UiT) og Fylkeskommunene (VGS) samarbeider om plan for tilstrekkelig utdanningskapasitet i Nord-Norge for å sikre rekruttering og stabilisering.
4. Planen må konkretisere hvordan samhandlingen (herunder ansvar- og oppgavefordeling) mellom fastlegene og spesialisthelsetjenesten kan bli bedre.

Vennlig hilsen



Tor Asgeir Johansen
leder Ofoten regionråd