



HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET

Postboks 8011 Dep  
0030 OSLO

<b>Deres referanse</b>	<b>Vår referanse</b> 2022/16889-2-263786/2022-GURS	<b>Klassering</b> G00	<b>Dato</b> 15.09.2022
------------------------	---	--------------------------	---------------------------

## Nasjonal helse- og samhandlingsplan - innspill fra Fredrikstad kommune

Fredrikstad kommune takker for invitasjon til å gi innspill. Vi vil vise til skriftlig innspill fra Helsefelleskapet Østfold (Sykehuset Østfold) 8.3.2022. Kommunen ønsker i tillegg å fokusere på rehabilitering og mestring.

### Rehabilitering og mestring

#### Hva er de viktigste utfordringene å adressere?

Pasientene er medisinsk dårligere når de kommer til kommunen. Det gir økt behov av lege og sykepleierressurser. Flere yngre mennesker faller ut av utdanning og arbeidsliv. Det kan på sikt øke sosial ulikhet i helse, og skape større kostnader for samfunnet.

Vi ser en økende andel brukere med sammensatte behov innen både somatisk og psykisk helse. Økt kompleksitet i brukergruppen krever økt kompleksitet i tjenestene. Det er behov for å ruste de kommunale rehabiliteringstjenestene med andre faggrupper for å sørge for tilstrekkelig kompetanse.

Helse- og velferdstjenestene er fortsatt preget av fragmentering, og det er behov for økt kompetansedeling og bedre samhandling og samordning av tjenester for å kunne imøtekomme et helhetlig brukerbehov, samt økt fleksibilitet og tilpasning innenfor de ulike tjenestene.

Samarbeidet med spesialisthelsetjenesten i forhold til deres veiledningsrolle kan bedres. Veiledningsfunksjonen til spesialisthelsetjenesten oppleves ikke som så aktuell å benytte seg av innen rehabiliteringstjenestene så lenge veiledningsbehovet her ofte handler om den generelle kompleksiteten og de sammensatte utfordringene (helheten som kommunen skal ivareta for at bruker skal kunne bo, leve og fungere godt), og ikke i så stor grad det spesialiserte. Lokalsykehuset har ikke egen rehabiliteringsavdeling.

Mer komplekse og sammensatte behov av tjenester - større krav til samhandling og koordinering enten på samme nivå eller mellom nivåene. Mange har behov for koordinering av tjenestene etter utskrivelse.

#### Seksjon for helse og velferd

Besøksadresse: Nygaardsgata 16, 1602 Fredrikstad  
E-postadresse: postmottak@fredrikstad.kommune.no  
Telefon: 69 30 60 00 Org.nr: 940039541

Postadresse: Postboks 1405, 1602 FREDRIKSTAD  
Webadresse: www.fredrikstad.kommune.no  
Tlf. saksbeh.: 69 30 60 46 Bankkonto: 5122 05 77000

Sviikt i kapasitet i kommunen - rett pasient, til rett sted til rett tid. For kommunen er det potensiale i å klare å skape flyt i pasientforløpet, slippe å vente på hjelpemidler, trygghetsalarmer, boliger osv.

Ansvarliggjøring av befolkningen er et viktig tiltak. Den enkelte må ta ansvar for egen helse og alderdom. Hva er kommunes ansvar og hva er innbyggernes eget ansvar? Felles informasjonsarbeid og kommunikasjon via ulike medier bør styrkes for å avstemme innbyggernes forventninger til offentlige tjenester med det som kan tilbys.

### Hvilke tiltak er aktuelle?

- 1) Rekruttere mer utradisjonelt; eksempelvis flere terapeuter ute i hjemmetjenestene, flere andre faggrupper i døgnbaserte rehabiliteringstjenester, som eksempelvis sykepleier/vernepleier med videreutdanning i psykisk helsearbeid, psykolog, sosionom, samt øke kompetanse om rehabilitering innen psykisk helsetjeneste.
- 2) Kompetansedeling og felles forståelse på tvers av flere ulike tjenester og fagfelt. Sette sammen ulike «kompetanseteam» eller «samspillsteam», gjerne på tvers av tjenester, der dette er påkrevd for å møte brukerbehovet.
- 3) Fokus på tidlig innsats; eksempelvis gjennom å etablere tettere samarbeid mellom rehabiliteringstjenestene og fastleger, NAV og andre relevante aktører, slik at man kan «fange opp» behovet tidlig og dermed sette inn riktige tiltak, istedenfor å tenke tverrfaglig rehabilitering sent i et forløp når «alt annet er prøvd». Hensiktsmessig mtp. samfunnsøkonomi ved å blant annet sørge for at mennesker klarer å fullføre utdanningsløp og stå i arbeid, som igjen er viktig for den psykiske helsen.
- 4) Tilpasse finansieringsmodeller til økt tverrfaglig samarbeid – også digitalt

Spesialisthelsetjenesten må tilpasse ISF-finansiering til å omfatte mer ambulerende virksomhet (også digitalt) for å kunne støtte kommunehelsetjenesten i å ivareta mer komplekse pasienter.

- 5) Kommunale samhandlingsmidler  
Helse Sør-Øst har delt ut samhandlingsmidler til helseforetakene. Disse tilskuddsmidlene har bidratt til å skape en rekke gode, praksisnære prosjekter som har gitt bedre pasientforløp. Midlene har vært spesialisthelsetjenesten sin andel inn i samhandlingsprosjekter. Det er krevende å få mange kommuner i et helsefellesskap til å forplikte seg til å sette av midler, da det kan kreve politiske prosesser. Vi ønsker oss en tilskuddsordning fra Helsedirektoratet der Helsefellesskapene kan forvalte tilskuddsmidler på vegne av kommunene.

### Er dere kjent med pågående arbeid eller gode eksempler som departementet bør være kjent med?

- 1) Etablering og utvikling av Tverrfaglig rehabiliteringsteam (TRT) i Fredrikstad kommune er et godt eksempel på at man har tilpasset og utviklet tjenesten i tråd med endrede brukerbehov i samfunnet og den økte kompleksiteten som kommunale rehabiliteringstjenester må rustes for. I løpet av de siste tre årene har man der gått fra å være et team kun bestående av sykepleier, fysioterapeut og ergoterapeut, til et team bestående av to ergoterapeuter, to psykomotoriske fysioterapeuter, sykepleier,

sosionom, psykolog, vernepleier med videreutdanning innen psykisk helse, samt at teamet har tilknyttet en IPS jobbspesialist.

- 2) Godt etablert samarbeid mellom døgnrehabilitering, dagrehabilitering, Tverrfaglig rehabiliteringsteam (TRT) og Tildelingskontoret i Fredrikstad kommune, der man får til gode, parallelle prosesser og sømløse overganger mellom tjenestene, til beste for bruker. I vår kommune jobbes det kontinuerlig om tilpasset pasientforløp rundt den komplekse pasient. Vi må tenke helhetlig og vi sammen «eier» pasienten, skape gode overganger til andre nivåer, bistå i veiledning og tiltak for å opprettholde mestring og egenaktivitet når pasienten kommer hjem.

## **Personell og kompetanse**

**Kompetanse** gjennom hele pasientforløpet er avgjørende for å ha pasienten på riktig behandling/omsorgsnivå. Pasienter med store og sammensatte behov øker i kommunehelsetjenesten, flere skal behandles i hjemmet og den faglige kompetansen må styrkes og gjennomføres systematisk. I kommunehelsetjenesten må vi sikre at det er tilstrekkelig bemanning med riktig kompetanse til å utføre oppgavene. Kompetanse er nøkkelen, ikke alltid bemanningen. Det må tilrettelegges for kompetanseheving, som gjør at vi beholder ansatte, gir tjenester med god kvalitet og pasientsikkerheten. Det stilles store krav til vårt helsepersonell, som skal jobbe systematisk med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet, og ha digital og teknologisk kompetanse.

Med hilsen

*Dette dokumentet er elektronisk godkjent og sendes uten signatur*

Guro Steine Letting  
kommuneoverlege