



## Saksframlegg

Utvalg	Møtedato	Utvalgssak
Utvalg helse, pleie og omsorg	13.09.2022	17/22
Eldrerådet	13.09.2022	24/22
Kommunestyret	26.09.2022	58/22

## Innspill til nasjonal helse- og samhandlingsplan

Journalposter i saken:

- I 04.08.2022 Nasjonal helse- og samhandlingsplan Helse og  
- Invitasjon til å gi skriftlige innspill omsorgsdepartementet
- S 09.09.2022 Innspill til nasjonal helse- og  
samhandlingsplan

Vedlegg:

- 1 Invitasjon til å komme med innspill til Nasjonal helse- og  
samhandlingsplan(2219655).pdf

### Kommunedirektørens forslag til vedtak/ innstilling:

Meråker kommune gir innspill til nasjonal helse- og samhandlingsplan slik det framkommer i sakens vurdering.

Det må satser mer på:

- Tiltak for å redusere depresjoner og selvmordsraten blant ungdom og eldre menn.
- Styrke det frivillige apparatet/ organisasjonene for å redusere utenforskap og ensomhet.
- Ta bort kravet om aldersgrenser i mange sentrale yrker- for å beholde kompetanse og erfaring lengre i mange sektorer.

## Saksopplysninger

Regjeringen har startet arbeidet med nasjonal helse- og samhandlingsplan som etter planen skal fremmes høsten 2023, jf. brev datert 3. august 2022 fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) (vedlegg 1).

Som det fremgår av brevet, skal nasjonal helse- og samhandlingsplan være en stortingsmelding som omfatter både den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten. Denne vil sammen med ny folkehelsemelding og melding om helseberedskap utgjøre de overordnede rammene for helse og omsorgspolitikken. Nasjonal helse- og samhandlingsplan vil ta for seg regjeringens ambisjoner om å videreutvikle vår felles helse- og omsorgstjeneste.

Meldingen vil blant annet omfatte følgende tema:

- Samhandling
- Kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet
- Desentraliserte tjenester og sømløse pasientforløp
- Digitalisering
- Personell og kompetanse
- Rehabilitering og mestring
- Svangerskaps-, føde- og barselstilbud
- Psykisk helse og rus
- Akutt-tjenester

Som det kommer frem av brevet, inviterer statsråden til å gi skriftlige innspill på tre konkrete spørsmål:

1. Hva er de viktigste utfordringene å adressere?
2. Hvilke tiltak er aktuelle?
3. Er dere kjent med pågående arbeid eller gode eksempler som departementet bør være kjent med?

Regjeringen ber om skriftlige innspill til Nasjonal helse- og samhandlingsplan fra de som mottar denne invitasjonen. Det oppfordres også til at man sender invitasjonene til aktuelle parter i egen organisasjon. Meråker kommune samhandler med Værnesregionen på mange områder innen helse. Det er derfor i denne saken hentet inn innspill fra kommunene i tillegg fra Værnesregionen IT (digitalisering) og Værnesregionen legevakt (akutt-tjenester).

Fristen for å komme med innspill er kort, 15. september. Trondheim kommune har derimot på vegne av kommunene i regionene fått utsatt denne fristen til 01. oktober.

## Vurdering

### Særpreget i Værnesregionen og Meråker.

I det følgende gis en beskrivelse av Meråker kommunes særpreget. Det er per i dag ingen signaler om økte statlige økonomiske rammer. Det vil derfor i årene som kommer bli nødvendig å skape mer helse for mindre ressurser for å realisere vår felles helsetjeneste.

### Det helhetlige utfordringsbildet

Det helhetlige utfordringsbildet handler om at klimaendringer, naturkatastrofer og ekstremvær også rammer oss som befolkning. Også andre hendelser viser at både helsevesenet og befolkningen rammes som for eksempel 22. juli, koronapandemien, datainnbrudd eller nå krigen i Ukraina. Alle kommuner inngår som en del av samfunnets beredskap. I slike krisesituasjoner blir vi utfordret på prioritering av personell og pasienter, tilgang til kritiske ressurser og riktige og raske beslutninger.

Meråker kommune ligger helt på grensen til Sverige, dette har gjennom koronapandemien vist oss at vi er i en sentral, men utsatt posisjon. Kommunen har begrensede ressurser av helsepersonell og store omprioriteringer av ansatte gjør oss sårbare. Helsetjenesten ellers har ikke mere ressurser enn at de trengs i den daglige driften. Man ser derfor at et godt samarbeid med statlige myndigheter, sivilforsvar, heimevern og politi er viktig for at beredskapen skal fungere. Arbeidet for å styrke samarbeidet må fortsette, og ikke glemmes nå som pandemien er i en ny fase.

### Demografisk utvikling

Meråker kommune har i dag en eldre befolkning. Statistikk fra SSB viser at vi i årene som kommer vil få en markant økning i andelen eldre over arbeidsfør alder. Vi går mot en tid hvor mange flere vil være i behov for helsetjenester, mens vi blir færre til å kunne yte denne hjelpen. Framskrivning fra SSB viser liten eller ingen befolkningsvekst. Det vil si at vi går mot en tid der det vil bli knapphet på hender til å utføre de tjenestene som kommunen er pålagt å gi sine innbyggere.

### Tilgang på kvalifiserte arbeidstakere- helsepersonell.

Meråker kommune har de senere år opplevd mangel på helsepersonell. Dette gjelder sykepleiere og fastleger. Selv om dette er et nasjonalt problem som Meråker ikke kan løse alene, så byr det på store utfordringer. En helsetjeneste uten kvalifiserte, faste leger byr på dårligere helseoppfølging for kommunens innbyggere. Nasjonal fastlegekrise fører til at kommunene overbyr hverandre i kampen om å få fastleger til kommunene. Sykehusenes budsjett øker, dette fører til at de ansetter flere og derigjennom mindre kompetanse ut i kommunene. Nasjonalt må vi forvente og tro på endring, men i mellomtiden må vi sikre at tjenestene skal gå. Her må kommunen se på hvordan ressurser i dag benyttes, og se om det er endringer som kan gjøres for å bruke den fagkompetansen man har tilgjengelig på mer riktig. For å sikre framtidig tilgang på for eksempel sykepleiere er det viktig at man nasjonalt ser på muligheten til å få til bedre desentraliserte utdanningsløp for helsepersonell. Å utdanne folk som bor og

ønsker å fortsette å bo i Meråker, er den beste metoden for å sikre Meråker helsepersonell inn i framtiden. Viser også til dispensasjon for leger med utdanning og turnus fra Danmark. Man må finne varige løsninger for disse.

### Mulig endring i sykdomsbilde og framtidig behov for tjenester.

Endringen i befolkningens alderssammensetning er den viktigste årsaken til endring i befolkningens helse. Økt levealder gjør at flere lever lengre med kroniske sykdommer. Ettersom den demografiske utviklingen innebærer en vesentlig aldersforskyvning vil behovet for helsehjelp øke samtidig som tilgangen til kvalifisert personell blir strammere. Det er særlig kroniske sykdommer som KOLS og diabetes, senskader etter kreftbehandling, muskel- og skjelettlidelser og ruslidelser som forventes å øke. Psykiske lidelser ser også ut til å øke, dette rammer i større grad den yngre delen av befolkningen. Det er viktig her med forebyggende tiltak for å hindre frafall og delaktighet i samfunnet.

Demens øker også da det blir flere eldre i befolkningen. Man ser også en tendens til at flere yngre personer får denne sykdommen. Enkelte typer demens med utagering er en stor utfordring for små kommuner. Denne sykdommen gjør at det trengs mye ressurser på enkeltindivid, noe som er svært utfordrende i kommuner med mindre tilgang både på økonomiske og personellmessige ressurser. Her er det viktig å se på ordningen med ressurskrevende brukere. Denne ordningen opphører når en person er fylt 67 år. Dette er en begrensing som det bør ses på, og kanskje spesielt for denne diagnosegruppen.

## **Samhandling**

### Utfordringer

Kommunen opplever at bruk av og kunnskap om elektronisk samhandling er svært varierende rundt om i landet. Det er behov for å sette krav til oppfølging av nasjonale standarder, regionale og lokale rutiner og ikke minst bruk av elektronisk meldingsutveksling i alle landets kommuner. Dette fordi vi i praksis samhandler med kommuner og spesialisthelsetjeneste fra alle deler av landet.

Journalløsningen bør bli enda bedre tilpasset elektronisk meldingsutveksling, slik at journalsystemene kan plukke opp og fordele informasjon fra meldinger, ut i journalen, ved behov. Ett eksempel på dette er labark med prøvesvar. Dette må per i dag sendes per brevpost noe som er meget ressurskrevende.

Henvisninger til røntgen og rus- og psykiatritjenesten må fortsatt sendes på papir, da sykehusene sine systemer ikke kan ta imot disse elektronisk. Dette bør utbedres.

Det er svakheter med tanke på taushetsplikt og personvern fordi adressat i meldinger legges inn manuelt. Det sendes ofte kopier til mottakere som ikke skal yte tjenester til pasienten. Her er det behov for rutineforbedringer og eventuelt varsel dersom man velger flere mottakere.

I Midt Norge er det fortsatt bare mulig å sende manuelle avviksmeldinger. Dette innebærer at skjema må skrives ut, avviket skrives for hånd og sendes i post til noen av sykehusene. Dette er tungvint og tidkrevende og medfører at avvik til sykehuset fra kommunen ikke blir sendt.

Det er i en del tilfeller utfordrende innad i kommunen å samhandle på tvers av tjenester etter at pasienten kommer fra sykehus eller rehabiliteringsopphold. Vi ser at stadig flere pasienter har komplekse og sammensatte behov når de kommer tilbake til kommunen. Dette krever utvikling av gode interne samarbeidsrutiner. Dette bør løftes opp og ses som en forlengelse av samhandlingsreformen. Det er kommunen som leverer sluttjenesten til mottaker.

Det kan også være utfordrende å samhandle eller utveksle informasjon med kommunale tjenester som ikke har elektronisk meldingsutveksling, som for eksempel barnevern eller PPT. Her bør kommunene være observante når plan for forebyggende arbeid for barn og unge skal skrives/ revideres.

### Tiltak

Det bør stilles krav til leverandører av journalsystemer om at det skal være mulig å få varsel ved viktige hendelser, eksempelvis melding om innlagt pasient og oppgaver som skal utføres til pasienten.

Kjernejournal fungerer bra – forutsatt at legene og sykehusene legger inn relevant informasjon der. Er integrert mot pasientjournal.

Pasientens legemiddelliste bør settes i drift snarest, og med gode løsninger for synkronisering. Legemiddelliste fra sykehus må fortsatt skrives inn manuelt etter at den kommer på papir eller e-melding.

### Pågående arbeid

I Midt Norge jobbes det nå med en ny samhandlingsplan for digital samhandling i Fagråd. Det går en stor mengde elektroniske meldinger mellom spesialisthelsetjeneste, fastleger og kommunen. Dette er meldinger som følger nasjonale standarder, og som er veldig viktige for god samhandling, pasientsikkerhet og sømløse tjenester. I Midt Norge er bruk av e-meldinger godt utviklet, og vi er hele tiden oppdatert med tanke på nasjonale standarder, regionale og lokale rutiner mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste. Det er dedikerte fagråd både lokalt og regionalt som følger opp dette mot både kommuner og sykehus.

Kjernejournal fungerer bra – forutsatt at legene og sykehusene legger inn relevant informasjon. Er integrert mot pasientjournal.

## **Kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet**

### Utfordringer

Knapphet på tid og ressurser er faktorer som skaper utfordringer for arbeidet med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i kommunehelsetjenesten.

### Tiltak

Økt forankring og bevisstgjøring hos ledere og ansatte omkring kvalitetsforbedring vil kunne bidra til å heve kvaliteten på dette området. Bemanningsnorm innen kommunale helsetjenester, eksempelvis for institusjon og hjemmetjenester, vil også kunne bidra til å øke pasientsikkerheten. Dersom man sammenligner helsesektoren med utdanningssektoren så er det vesentlige forskjeller til avsatt tid til kvalitets- og utviklingsarbeid. Mens det i tariffavtaler for lærere/pedagogiske ledere er fastsatt tid til slikt arbeid (og i tillegg planleggingsdager til drift) er det for en helsearbeider noen man skal gjøre mellom alt annet arbeid. Hvordan man jobber med slikt arbeid er veldig opp til den enkelt avdeling og avhengig av gode ledere som greier å prioritere dette høyt. Det burde derfor nasjonalt vært sett på hvordan det kan bli avsatt tid til slikt arbeid også for helsepersonell.

## Digitalisering

### **Pasientforløp for digital hjemme-oppfølging**

#### Utfordringer

Målet er å etablere gode og sømløse pasientforløp mellom kommune, fastlege og helseforetak. I tillegg er det ønskelig å ta i bruk mer teknologi for digital hjemme oppfølging.

#### Tiltak

Her bør det utvikles en kostnadsmodell, slik at det er til gunst for alle parter å komme i gang med digitale løsninger. Det vil bli lagt ned mye innsats i kommunesektoren for kartlegging, opplæring, oppfølging av digital hjemmeoppfølging. For at dette skal være mulig, må kommunen se hvordan kommunen kan hente den gevinsten. I dag ser man mest at dette vil gi de største gevinstene til fastleger og helseforetak, med at en unngår innleggelse/fastlegebesøk fordi målinger blir fulgt opp.

I dag anskaffes teknologiske løsninger via offentlig anskaffelse. Helseforetak og kommuner har ulike rammeavtaler. Her kan man risikere at pasienten får opplæring i en type teknologi hos helseforetaket, så må man ta i bruk en annen type utstyr når en får digital hjemmeoppfølging som en kommunal tjeneste. Hvordan er dette tenkt løst? Noen av de løsningene som finnes for digital hjemme oppfølging i dag er lite intuitiv, dette forutsetter at pasienten må ha teknologisk forståelse/kompetanse for å ta det i bruk. Dette ekskluderer mange pasienter. Det må stilles krav til leverandørmarkedet om intuitive løsninger (forbausende enkelt).

Det bør komme nasjonale anbefalinger om hvordan pasienter med digital hjemme oppfølging skal følges opp. Det er ansatte ute i tjenesten som kjenner pasienten best og har det faglige ansvaret. Et responscenter kan ta imot/ vurdere/ håndtere varsler. Bør man ha en «sentral» som tar imot og gjør faglige vurderinger på tvers av kommunene og helseforetak? Flere kommuner har responsentertjenester, kan disse håndtere varsler og oppfølging av digital hjemme oppfølging for både kommune/fastlege og helseforetak.

For å lykkes med denne satsingen må det være et godt samspill mellom de ulike aktørene. Her må det legges til rette for at fastlegeressurser kan bistå i kartlegging og oppstart av en egenbehandlingsplan. Det foreligger i dag ingen satser for fastleger for denne type jobb.

Det finnes nasjonale komponenter som i dag er i bruk, for eksempel kjernejournal, Helse Norge med mer. Skal man lykkes med sømløse pasientforløp og sikre gode/ forsvarlige tjenester for innbyggerne må de nasjonale komponentene bli brukt i utstrakt grad i hele landet uavhengig av type journalsystem som benyttes. Det bør foreligge en nasjonal strategi på videreutvikling av de nasjonale komponentene som er tilgjengelige for alle kommuner inkl. kommuner i Trøndelag.

## **Rehabilitering og mestring**

### Utfordringer

Dagens henvisningsrutiner til spesialisthelsetjenesten der det kun er fastleger som har henvisningsmulighet - og kun fastlege/pasient som får tilbakemelding på søknad oppleves som utfordrende. Kommunal saksbehandlingstjeneste, koordinerende enhet og rehabiliteringstjeneste blir stående utenfor denne informasjonsløyfa. For barn og unge har barnevern og PPT henvisningsmulighet til BUP, hvorfor kan ikke kommunal rehabiliteringstjeneste eller koordinerende enhet henvise til spesialisert rehabilitering?

Kapasitet og kompetanse: oppgaver overføres fra spesialisthelsetjenesten, men det er vanskelig å prioritere ressursene til rehabilitering i kommunen i kamp med oppvekstreform og fastlegekrise.

Kommunene mangler kvalitativt datagrunnlag for å gjøre gode ressursprioriteringer mellom ulike presserende fokusområder.

Oppgaver som overføres fra spesialisthelsetjenesten handler om spesifikk rehabilitering etter sykdom og skade. Samtidig må kommunene venstre-forskyve sine tjenester for å forebygge tjenestebehovet til den økende andelen eldre innbyggere. Det er utfordrende for kommunen å øke kapasiteten i begge retninger samtidig.

Kommunale velferdstjenester er mangfoldig og omfatter alle pasient- og brukergrupper, i alle aldre, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne. Vi utfordres på faglig bredde og blir med det dårligere på det mer spesifikke. Eks. en håndskade behandles først på en spesialisert håndavdeling i sykehus, og sendes så til opptrening kommunalt. En kommunal fysio- eller ergoterapeut må håndtere så bredt ansvarsfelt at en ikke kan være spesifikt oppdatert på alle smale fagområder.

Utfordrende for kommunen at utredning ikke samordnes av spesialisthelsetjenesten, men at det forventes at fastlegen skal samordne, spesielt i diffuse tilstander som utmattelse. Eks. fastlege henviser til utredning A, tre måneder ventetid, etter det kanskje henvise til utredning B, tre måneder ventetid osv. Det resulterer i tidkrevende og manglende utredning, og vanskelig sette inn målrettede tiltak i kommunehelsetjenesten.

Kommunene har utdaterte, lite brukervennlige eller manglende datasystemer for individuell plan og behandlingsplan/rehabiliteringsplan.

### Tiltak

Koordinerende enhet i kommunen bør få henvisningsrett til spesialisert rehabilitering. Fastlege bør involveres og ha innspills-rett.

Sikre tverrfaglighet også i mindre kommuner, med spesialkompetanse: logopedi, ernæringsrådgiver/-fysiolog, psykomotorisk fysioterapeut, fysioterapeut med lymfeødembehandlingskompetanse. Tilstrekkelig kapasitet på fagkompetanse som ergoterapi, sosionom og psykiatrisk sykepleier.

## **Akutt-tjenester**

### **Legevaktstjenesten**

#### Utfordringer

Mangel på fastlegekapasitet gjør at en økende andel innbyggere bruker legevakt for problemstillinger som bør håndteres av fastlege.

#### Tiltak

Mer samarbeid rundt prosedyrer, medikamentbruk mv. mellom ambulansetjenesten og legevaktstjenesten for å sikre en mer helhetlig prehospital kjede.

Bedre fastlegekapasitet på dagtid ville ført til mindre henvendelser på legevakten.

Bedre kapasitet for kommunal øyeblikkelig hjelp senger/ KAD.

Mer sømløse pasientforløp innen akutt psykiatri – her blir systemet opplevd som tungvint og vanskelig og det kjennes ut som at det er stor motstand mot å ta imot akutte pasienter til vurdering.

#### Pågående arbeid

Prosjekt «fremragende akuttmottak i HNT» som ser på forbedring av rutiner og pasientforløp prehospitalt (kontaktperson: Lars Kverkild).

### **Konklusjon:**

Meråker kommune gir innspill til nasjonal helse- og samhandlingsplan slik det framkommer i sakens vurdering.