



Helse- og omsorgsdepartementet

Vår saksbehandler  
Lene Stene Salberg

Vår ref.  
22/18834  
oppgis ved alle henv.

Deres ref.

Dato  
03.10.2022

### Innspill til Nasjonal helse- og samhandlingsplan

Viser til brev av 3.8.2022 fra Statsråden. Trondheim kommune takker for muligheten til å komme med innspill til regjeringens arbeid med ny helse- og samhandlingsplan. Trondheim kommune har tidligere også avgitt innspill til planen som del av helsefelleskapet med St. Olavs hospital HF; [link](#).

Vi støtter regjeringens plan om en stortingsmelding som omfatter både den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten. Utfordringene vi står overfor et betydelig og skal vi lykkes med å sikre fortsatt gode og bærekraftige tjenester, er det avgjørende at man ser helse- og omsorgstjenestene som en helhet. Alle aktører, i og utenfor helsesektoren, er gjensidig avhengig av hverandre for å lykkes.

Forrige nasjonale helse- og sykehusplan la stor vekt på samhandling. Dette blir også viktig fremover. Samtidig står vi overfor utfordringer som primært må løses på nasjonalt nivå, som f.eks. utfordringene i fastlegeordningen. Utfordringene i årene som ligger foran oss er formidable. Behovet for og forventningene til tjenester vil øke, samtidig som befolkningsutviklingen vil innebære stadig minkende tilgang på kompetanse og personellressurser. Vi kan ikke gå inn i fremtiden med plan om å møte det økende behovet for helse- og omsorgstjenester med mer av "det samme". Kommende helse- og samhandlingsplan må adressere dette; realisme i forventninger og tydelighet i behovet for endringer i måten vi jobber på og måten vi organiserer offentlige tjenester på.

Invitasjonen til å komme med innspill har engasjert mange i vår virksomhet. Vi har fått mange tilbakemeldinger som peker på viktige områder man mener bør gis oppmerksomhet i den nye planen, konkrete forslag til tiltak og også en rekke eksempler på pågående arbeid i vår kommune. Vi gir gjerne utdypende informasjon om eksemplene dersom noen skulle være aktuelle for bruk i planen. Siden vi har valgt å engasjere flere fagmiljøer i kommunen i innspillsarbeidet, vil det på flere områder være overlapp mellom innspillene. Noe har vi sammenfattet i en rekke innledende hovedpunkter, samtidig som store deler av grunnlagsinnspillene er gjengitt under temaoverskrifter som etterspurt i invitasjonen. Vi håper dere finner rom for å lese gjennom det hele, da teksten under temapunktene også gir noe mere bakgrunn for de vurderinger våre erfarne medarbeidere har gjort i dette arbeidet.

Nasjonale helse- og samhandlingsplan(NHSP) bør sette tydelig fokus på blant annet følgende utfordringer/temaområder;

1. Nasjonal helse- og samhandlingsplan (NHSP) må bygge på felles fremskrivning av demografi og behovsutvikling i befolkningen, som grunnlag for en helhetlig beskrivelse av behov for dimensjonering av tjenester og tilbud i en samlet helse- og omsorgstjeneste. Primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste må sees i sammenheng. Behovet for robuste tjenester som ivaretar den enkelte virksomhets særlige ansvar og oppgaver, men som på noen områder utvikles i fellesskap, må beskrives.

Planen bør peke på nye konkrete tjenesteprofiler og tjenestemodeller, internt i primærhelsetjenesten, internt i spesialisthelsetjenesten og som samarbeid mellom nivåene. Samfinansieringsmodeller for å samordne tjenestene til prioriterte pasientgrupper, bør beskrives.

2. Planen bør omtale og understøtte økt innsats på analyse, forskning og innovasjonsarbeid i hele helsetjenesten. Forskning i primærhelsetjenesten og på samhandling, må prioriteres. Økt kompetanse om hva som virker og hva som ikke virker, blir viktig i møte med stadig økende knapphet på ressurser, så vel økonomiske som kompetanse- og personellmessige.
3. Planen må sette tydelige forventninger til spesialisthelsetjenesten når det gjelder utvikling av lokalsykehusfunksjoner. Dette gjelder i særlig grad for store sykehus med regionale-, nasjonale- og universitetssykehusfunksjoner. Her vil det være en særlig risiko for stadig økende spesialisering av tjenestetilbud, på bekostning av mer generell spesialistkompetanse. Skal kommunene/primærhelsetjenesten kunne håndtere det stadig økende ansvaret og den økende oppgavemengden, vil man være helt avhengig av tilgjengelige og velfungerende lokalsykehusfunksjoner. Dette er ikke oppgaver som kan overføres til de store sykehusenes ofte store vertskommuner.
4. Sentrale myndigheter må i planen gi en tydelig avklaring når det gjelder forventninger til hva det offentlige helsevesenet skal yte fremover, kontra hvilket ansvar innbyggerne selv må ta. Dette innebærer i prinsippet en nedskalering av forventningene, mindre rettighetsfesting av særtjenester for den enkelte og større fokus på egenmestring. De som har forutsetninger for å mestre ting selv, må gjøre dette, slik at den offentlige innsatsen i større grad kan prioriteres til å bistå de som ikke har samme mulighet for egenmestring. I dette ligger det også å gi tydelige signaler om hva som eventuelt må prioriteres ned/bort i helsetjenestene. Kunnskap og bevissthet om helsetjenester uten dokumentert effekt og om overbehandling/behandling som ikke er til pasienten/brukerens beste, må økes. Utarbeidelse av prioriteringsveileder(e) også for primærhelsetjenesten, vil være et mulig verktøy. Slike forventningsavklaringer er avgjørende viktig for at vi skal kunne lykkes, og må rette seg mot både innbyggere, folkevalgte og tjenesteytere.
5. Med planens økte fokus på primærhelsetjenesten, forventes også økt fokus på helsefremmende og forebyggende tiltak og hvordan dette kan gis økt prioritering versus tyngre behandlingsoppgaver og mer personellkrevende tjenester. Mye av den helsefremmende og forebyggende innsatsen må skje utenfor helse- og omsorgstjenesten, men det er likevel viktig å sette i fokus helsetjenestenes bidrag, i primær- såvel som i spesialisthelsetjenesten. Dette er viktig også for å kunne bremse veksten i behov for tjenester som følge av den kraftige veksten i antall eldre. I denne sammenheng bør det

utvikles finansieringsordninger som understøtter helsefremming og forebygging, også når aktiviteten skjer på arenaer som ikke direkte vil få nytte av tiltakene.

6. Lovverket gir en gjensidig veiledningsplikt mellom kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste og er et tema som bør vektlegges i ny NHSP. Spesialisthelsetjenesten kan synes å ha større bevissthet om sin plikt enn kommuner/primærhelsetjenesten. Dette henger trolig også sammen med en historisk oppfatning av at spesialisthelsetjenesten innehar en generell høyere kompetanse. Det er en økende erkjennelse av at primærhelsetjenesten er spesialister innen sine tjeneste- og fagområder, og at dette er kompetanse det er viktig å dele også med spesialisthelsetjenesten. Kommunene/primærhelsetjenesten må også ta sitt veiledningsansvar på alvor. Spesialisthelsetjenesten på sin side må anerkjenne denne kompetansen som noe eget og ikke noe de allerede innehar. Gjensidig kunnskap om hverandre er nødvendig for å forebygge at tjenestene skaper uhensiktsmessige og urealistiske forventninger hos brukere, pasienter og pårørende, om tjenester som vil bli gitt hos den andre virksomheten. Hver virksomhets rett og plikt til selv å vurdere riktig tjenestetilbud må være tydelig, samtidig som dette også må være grunnlaget for nødvendig samhandling så vel på system- som individnivå.
7. Kommunenes strategiske forskningsorgan (KSF) bør etableres i alle regioner i løpet av 2024. Det er viktig at kommunene får et fagmiljø/-struktur som kan identifisere, konkretisere og være pådriver for forskning i og for kommunehelsetjenesten. Dette er også viktig for samarbeidet med spesialisthelsetjenesten, forskningsinstitusjoner og andre sektorer om kunnskapsgrunnlaget for å sikre best mulig helse og levekår for befolkningen.

### **Mer konkret om enkeltområder nevnt i innspillsinvitasjonen:**

#### **SAMHANDLING**

Barn og unges perspektiv må tydeliggjøres og sikres i ny NHSP. Barn, unge og deres familier er i kontakt med et bredt spekter av tjenester så vel innen kommunehelsetjenesten, som andre tjenesteområder. Samarbeid og samhandling mellom de ulike aktørene innad kan være krevende og kanskje spesielt i store bykommuner som Trondheim. En mer samlet og helhetlig primærhelsetjeneste med avklarte ansvarsforhold, vil kunne gi bedre tjenester for innbyggerne og bedre forutsetninger for samhandling også med aktører utenom kommunen. Overgangen fra barn til voksen og oppfølging i helsetjenesten er en særlig sårbar overgang som trenger økt oppmerksomhet. I helsefellesskapene er samhandling rundt barn og unge på systemnivå, særlig krevende ved at en del kommuner organiserer sitt helsetilbud til barn og unge under oppvekst- og utdanningssektoren, mens fokus i helsefellesskapet ofte har en sterk forankring i kommunenes helse- og omsorgsetater og tilsvarende i sykehuset.

Avtale mellom KS og regjeringen om opprettelse av helsefellesskap og utdypende beskrivelse i Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-23, har medført kraftig økt forventning til samhandlingen mellom kommuner og sykehus, inklusive involvering av fastleger og brukere. Det er imidlertid viktig å presisere at helsefellesskap ikke er egne rettsobjekter/virksomheter med selvstendig beslutningsmyndighet overfor partnerne. Helsefellesskapene er en strukturering av møteplasser. Fremover må det settes økt fokus på utvikling av hensiktsmessige samhandlingsprosesser og bygging av samhandlingskultur bygd på likeverdighet og respekt mellom aktørene i samhandlingen. Å lede samhandling som i settingen helsefellesskap, er noe annet enn å

lede i linjeorganisasjoner. Denne lederkompetansen er det viktig å styrke lokalt i det enkelte helsefellesskap, men også gjennom felles topplederutdanning for sykehus og kommuner.

En betydelig del av spesialisthelsetjenestene ytes i dag av ideelle og private aktører gjennom avtaler med de regionale helseforetakene. Dette er også viktige ressurser i det samlede bildet og det bør settes fokus på hvordan disse bidragsyterne kan og bør inkluderes i helsefellesskapsstrukturen.

Det er viktig at helsefellesskapene ikke blir en arena for ytterligere oppgaveoverføring fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten, uten at dette gjensidig vurderes som forsvarlig og hensiktsmessig og ressurser omfordeles tilsvarende.

Organisering og fasilitering av arbeidet i helsefellesskapet gjennom felles sekretariatsfunksjoner er viktig. Arbeidet hemmes imidlertid av mangel på felles digitale løsninger for dokumentbehandling, informasjonsdeling m.v. Vi anbefaler at det vurderes mulighet for en "nøytral", felles nasjonal løsning for partnerne i helsefellesskapene, som også innebære en plattform hvor man kan jobbe sammen i felles dokumenter. Dette vil også være en viktig faktor med tanke på likeverdighet i partnerskapet, kontra dagens løsning hvor så godt som alle helsefellesskap mer eller mindre tvinges til å benytte helseforetakenes nettsider som "sin samhandlingsside". Videre bør det vurderes tilskuddsordning/nasjonal øremerking av midler avsatt til samhandlingstiltak i regi av helsefellesskapene, slik at dette ikke blir totalt avhengig av konkurranse med virksomhetenes prioritering for å løse individuelle oppgaver.

#### **KVALITETSFORBEDRING OG PASIENTSIKKERHET**

Arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet må fortsatt gis stor oppmerksomhet. Med det betydelige omstillingsarbeidet som må skje fremover, er dette et særlig risikoområde. Det er behov for utvikling av enklere modeller for risikovurderinger og risikoppfølging, på systemnivå, i tjenesteutforming og i klinisk hverdag. Da må det finnes modeller som er enkle, forståelige og brukervennlige for alle involverte. Læring av uønskede hendelser er viktig. Kompetanse og meldekultur må kontinuerlig bygges og holdes ved like. Samtidig er det økende fokus på å lære av de situasjonene som går særlig bra. Dette er et område som i ny NHSP bør gis fokus og #Råbra er et eksempel på metode som kan søkes utviklet og utbredt i såvel primær- som spesialisthelsetjenesten. Andre alternative metoder med utgangspunkt i prinsippet om "learning from excellence", kan også søkes tilpasset bruk i norske helsetjeneste.

Fra Trondheim kommune kan nevnes et eksempel på hensiktsmessig arbeid med kvalitetssikring og pasientsikkerhet:

*I Trondheim kommune jobbes det systematisk med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet gjennom bruk av meldte avvik innen legemiddelhåndtering. Dette skjer ved at kommunefarmasøytene gjennomgår alle legemiddelhåndteringsavvik med høy og middels alvorlighetsgrad, meldt inn fra alle enheter innen helse og velferd. Avvikene leses og analyseres og det gis tilbakemeldinger med konkrete råd for kvalitetsforbedring til virksomhetsleder på det enkelte avvik. I tillegg, analyseres innmeldte avvik over en lengre periode, for deretter å presenteres for ledergruppen ved den enkelte enhet. Analysen inviterer til refleksjon rundt mulige forbedringspunkter og følges ofte opp med undervisning for ansatte slik at uønskede hendelser/avvik kan føre til kompetanseheving. Det gjennomføres årlige digitale egenkontroller på legemiddelhåndteringsområdet, hvor tema som velges er basert på trendene i avviksmeldingene. Ved å ha sentralt plasserte personer i*

*kommunen som ser på alle avvik samlet, er muligheten for læring på systemnivå stor. Samtidig kan enkeltenheter få tettere oppfølging. Erfaringene fra legemiddelområdet kan videreføres til andre relevante områder.*

## **DESENTRALISERTE TJENESTER OG SØMLØSE PASIENTFORLØP**

Det er stort fokus på å bringe spesialisthelsetjenester nærmere pasienten/der pasienten bor. Dette er en utvikling som spesialisthelsetjenesten ikke kan planlegge og gjennomføre uten i tett samhandling med primærhelsetjenesten. Til grunn for slike tiltak må det forventes grundig konsekvensvurdering også for andre, det være seg kommunen, fastlegen, pårørende og brukeren selv. Finansieringsmodeller som sikrer at ressursene følger oppgavene må utvikles. Når slike desentraliserte tjenester omfatter barn og unge, er det spesielt viktig at også sentrale sektorer utenfor helse involveres i prosessene helt fra start. Koordinatorfunksjonen i kommunen må anerkjennes, videreutvikles og styrkes for å få til både desentralisering og sømløse forløp.

## **DIGITALISERING**

Helseplattformen er et felles journalsystem som nå bygges ut i kommunehelsetjenesten og sykehus i hele Midt-Norge. Journalløsningen forventes å gi betydelige gevinster når det gjelder blant annet tjenestekvalitet, samhandling, mulighet for analyse og forskning, økonomi og ressursutnyttelse. Pasientportalen HelsaMi vil gi innbyggerne mulighet til medvirkning og samhandling med helsetjenesten, både i kommune og sykehus. Mulighetene for helsetjenester basert på digitale løsninger er store og må utvikles som ledd i bærekraftige tjenester. Nasjonalt må det etableres finansieringsordninger som fremmer bruken av digitale løsninger når dette er mulig og hensiktsmessig, ordninger som sikrer rettferdig fordeling av ressursene.

Digitalisering er et absolutt gode og nødvendighet. Samtidig må det også fra sentralt hold settes fokus på risikoen for digitalt utenforskap og for økt grad av ulikhet i helse og bruk av helsetjenester. Barn og ungdom er i stor grad prisgitt sine foreldres tilgang til teknologi og digitale helsekompetanse, som igjen henger sammen med foreldrenes sosiale, økonomiske og kulturelle ressurser. I dette ligger også behovet for særskilt oppmerksomheten på aldersgruppen 12-18 år, hvor barnet lovmessig gis en stadig større rett til selv å bestemme over egen helse og foresattes innsyn i sine helseopplysninger. Dette må håndteres på en trygg måte i digitale innbyggertjenester. Kunnskapen hos foresatte må også økes og et tiltak kan være en felles digital foreldre-/foresatteportal for informasjon og kunnskapsøkning.

## **PERSONELL OG KOMPETANSE**

Riktig og nok kompetanse forventes å bli en stadig mer merkbar knapphetsressurs fremover. Utfordringene er allerede merkbare. Dette gjelder alle faggrupper innen helsesektoren, selv om noen er mer merkbare i øyeblikket. Bygget på blant annet framskrivning av behov, vurdering av mulighet for annen oppgavefordeling og nye tjenestemodeller, må utdanningskapasitet tilpasses og økes. Samtidig må det også sentralt fra iverksettes tiltak som motiverer og gir flere mulighet til å velge et utdannings- og yrkesløp innen helsesektoren. Vi har store forventninger til Helsepersonellkommisjonens arbeid og at denne evner å beskrive en ny og mer hensiktsmessig oppgavefordeling mellom ulike yrkesgrupper, slik at riktig kompetanse settes til riktig oppgave. Kommisjonens arbeid må følges opp raskt og med effektive og virkningsfulle tiltak fra sentrale myndigheter. Tiltak må utvikles for å beholde kompetanse i sektoren og også gi medarbeidere motivasjon og mulighet til å stå lengre i arbeid. Et regelverk som åpner for fleksible arbeidstidsordninger, sikrer kompetansepåfyll og gode arbeidsvilkår er viktig. Det bør etableres tilskuddsordninger som understøtter utprøving av nye modeller for blant annet

arbeidstidsordninger, deling av kompetanse og kompetanseheving i sykehus, kommuner og eventuelt i fellesskap.

Kompetanse må fordeles og utnyttes bedre. Spesialisthelsetjeneste og kommuner må forpliktes til å samarbeide slik at man unngår en destruktiv kamp om ressursene, uten helhetstenking rundt innbyggernes samlede behov. Økonomiske virkemidler må ligge i nasjonale ordninger og ikke overlates til lokalt nivå.

Ordninger for desentraliserte utdanningsløp, særlig innen høyere utdanning, må videreutvikles. Finansiering av universitet og andre utdanningsinstitusjoner må understøtte desentrale tilbud. Dette for å kunne utnyttet et potensiale for rekruttering til helsefaglig utdanning blant innbyggere i kommuner med lang reisevei til dagens utdanningslokasjoner. Om nødvendig bør utdanningsplaner og da særlig med fokus på praksiskrav/-behov, revurderes i takt med at oppgavefordelingen mellom spesialist- og primærhelsetjenesten er endret betydelig gjennom de 10 siste årene. Veiledning i praksisperioder bør finansieres på lik linje med lærerutdanningene, og være et tydelig ansvar for universitet og høyskoler. Praksisperioder bør komprimeres og kvalitetssikres for å sikre flere studentplasser. Alle kommuner bør ha praksisplasser og ha jevnlig tilbud om studenter.

Eksempel på konkrete tiltak i Trondheim kommune:

- 1. Mentorprogram for nytilsatte sykepleiere og vernepleiere. Dette innebærer en systematisk måte for mottak, opplæring og mentorering for nytilsatte i løpet av det første året.*
- 2. TØRN-prosjekt støttet av KS ved Munkvoll hjemmetjeneste. Her ser man på oppgavefordeling mellom sykepleier og helsefagarbeider, samtidig som en styrker helsefagarbeiderne i deres kompetanse.*
- 3. Under utvikling et prosjekt for sykepleiere på natt, hvor disse trekkes ut fra avdeling og gjøres tilgjengelig med bil for å kunne bistå flere avdelinger. Her skal kompetansen hos helsefagarbeiderne styrkes slik at pasientenes sikkerhet ivaretas og at de selv opplever det trygt å stå uten sykepleier umiddelbart tilgjengelig på huset.*

### **Særskilt om fastlegeordningen**

Dagens utfordringer i fastlegeordningen må i hovedsak finne sin løsning gjennom nasjonale tiltak. Det har vært en villet utvikling at en betydelig mengde oppgaver er overført fra sykehusene/spesialisthelsetjenesten til fastlegene og kommunene for øvrig. Dette har helt naturlig medført at mange fastleger over tid har opplevd behov for færre pasienter på sine lister. Inntektsgrunnlaget for fastlegene er i hovedsak basert på sentrale avtaler om basistilskudd per pasient og refusjonsordninger (Normaltariff). Dette er i dag avtaler som ikke i tilstrekkelig grad har kompensert for mer ressurskrevende oppgaver og behov for reduksjon av listelengde. Dette må løses samlet og på nasjonalt nivå, slik at man stopper dagens utvikling med kommuner som overbyr hverandre med lokale økonomiske tilskudd for å rekruttere.

Eksempel på konkrete tiltak i Trøndelag:

*Helseledernetverket i Trøndelag har nedsatt en arbeidsgruppe med representasjon fra helseledere, kommuneoverlege, fastlege, statsforvalter og KS, for å se på muligheter for lokale tiltak knyttet til utfordringene i fastlegeordningen. Det er bred enighet om at nasjonale tiltak i regi av sentrale myndigheter er nødvendig. Det er begrenset hensiktsmessig handlingsrom lokalt når det gjelder fastlegenes inntektsforhold knyttet til behov for reduksjon av listelengder. Likevel*

tenker man det er viktig med et avgrenset lokalt arbeid for å;

- skaffe en bedre oversikt over situasjonen i fylket som sådan, for bedre forståelse og grunnlag for kollegial støtte til hverandre i det lokale arbeidet
- demme opp for uhensiktsmessig bruk av lokale økonomiske virkemidler som bare flytter problemet fra kommune til kommune etter som fastleger og vikarer følger tilbudene
- drøfte og dele erfaringer om tiltak av ikke-økonomisk art, for å avhjelpe situasjonen
- gi samlet innspill til det nasjonalt arbeid rundt fastlegesituasjonen

## REHABILITERING OG MESTRING

At rehabilitering og mestring blir et sentralt tema i den nye NHSP støttes på det sterkeste. Fagfeltet har lenge etterspurt økt fokus og mer tydelighet i nasjonale myndigheters prioritering. Likeverdighet i helseforetakenes tilbud til befolkningen, inkludering av spesialisthelsetjenester gitt etter avtaler med de regionale helseforetakene i helhetsbildet og tydeligere oppgave- og ansvarsfordeling mellom spesialist- og primærhelsetjenesten, bør vektlegges i ny plan. Spesialisthelsetjenestens ansvar for å prioritere og iverksette adekvate rehabiliteringstiltak tidlig nok i et akuttforløp, må utdypes. "Rehabiliteringen må starte så snart blålysene er skrudd av". Uten dette svekkes pasientens rehabiliteringsmuligheter og kommunene blir sittende med unødvendig store rehabiliterings- og omsorgsoppgaver lengre ut i forløpet.

Også tydeligere avklaring av hvilke lærings- og mestringstilbud som skal gis på hvilket nivå, er nødvendig. I dag er en del tilbud gitt av kommuner og sykehus for like, og noen tilbud gitt i sykehus burde kanskje heller vært et tilbud i kommunen og nærmere pasientens hverdagsliv, evt. gitt som tilbud i samarbeid mellom sykehus og kommune(r). Imidlertid må også her finansiering følge oppgavene, slik at ikke oppgaver overføres til kommunene uten at ressurser omfordeles tilsvarende.

Rehabilitering, læring og mestring er også et område det er viktig at inkluderes i helsefelleskapenes arbeid, blant annet gjennom konkrete tiltak i felles handlingsplaner.

Trygge overganger krever en bedre dialog mellom sykehus og kommunehelsetjeneste. Definisjonen av utskrivningsklar skjer i dag ensidig fra sykehusene sin side. Det bør settes klarere kriterier for hva som er spesialisthelsetjenestens sitt ansvar. Dette er særlig viktig innenfor geriatri og geriatrisk rehabilitering. Det er også viktig å sikre gode overføringer mellom spesialist- og primærhelsetjenesten. Kommunenes koordinerende enheter må løftes frem og sykehusene må respektere deres rolle og oppgaver, slik at mer eller mindre tilfeldige snarveier i dialogen med kommunene, ikke forkludrer og forhindrer gode og samordnede overføringer fra sykehus til kommune. Tiltak som individuell plan og koordinator bør gis større fokus med klare forventninger til bruk.

Begrepsbruk i forbindelse med pakkeforløp/pasientforløp. I sentral kommunikasjon benyttes ofte begrepet "helhetlig pasientforløp", noe som gjenfinnes i såvel kommuner som helseforetak. Når man så definerer dette som forløp "hjem - sykehus - hjem" og for så ulike settinger som en avgrenset behandling for en enkelt diagnose med en klar start og stopp, til et helt eller store deler av et livsløp, blir dette krevende i samhandling. Sykehuset forventer da gjerne at det skal utarbeides "helhetlige" forløpsbeskrivelser knyttet til deres mange diagnosespesifikke forløpsbeskrivelser, mens kommunene ofte viser til en enkelt generisk forløpsbeskrivelse som så i praksis tilpasses og individualiseres for den enkelte bruker/pasient uansett diagnose(r). Her anbefaler vi at det i forbindelse med ny NHSP ryddes i begrepsbruken og tydeliggjøres de

ulike nivåene/tjenestenes behov og forutsetninger når det gjelder utarbeiding av pasientforløp. Det bør fokuseres på hvordan man bedrer beskrivelsen av samhandling i overgangene, samt hvordan man samhandler og understøtter hverandre når pasienten befinner seg hhv. i kommunen og i sykehuset. Kravet til å bidra inn i robuste og forpliktende samarbeidsteam på tvers av nivåene, rundt de mest sårbare og krevende brukerne/pasientene, må styrkes.

Pårørendestøtte er et viktig område å satse på og som bør omtales i planen. Det vil være ulike ressurser og behov hos pårørende. Viktige tiltak kan være å samordne lærings- og mestringstiltak i spesialisthelsetjenesten og i kommunene bedre, samt å styrke samarbeidet mellom nivåene. Tilbudet må tilpasses ulike faser i rehabiliteringsprosessen. Kommunene må settes i stand til å opprette og beholde aktivitetstilbud og lavterskeltilbud som gir mulighet for å opprettholde hverdagsaktiviteter og sosial deltakelse, som igjen vil avlaste pårørende.

Våre tjenester for barn og unge peker på at det stadig blir mer aktuelt med palliasjonsforløp og plan for at barn skal få dø hjemme. Her kreves også god samhandling mellom kommune og sykehus, tydelige avklaringer og nok kompetanse. Området bør omtales i ny plan, både i forhold til rolleavklaringer og organisering av samhandling, så vel på system som individnivå.

### **SVANGERSKAPS-, FØDE- OG BARSELSTILBUD**

For oppfølgingen i svangerskapet er det en utfordring for kommunen å få til en god arbeidsfordeling mellom fastlegetjenesten og den kommunale jordmortjenesten. For oppfølgingen i barseltida har det skjedd en gradvis forskyvning av ansvar fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten, uten at dette er fullt ut økonomisk kompensert. Det må sikres god digital og annen kommunikasjon for å sikre gravide, fødende og barselkvinner et godt tilbud. Også her er en felles journalløsning med en hensiktsmessig pasientportal (HelsaMi) et viktig hjelpemiddel, noe Midt-Norge nå gradvis vil få gjennom Helseplattformen.

Også på dette området er rekruttering av sykepleiere/jordmødre og fastleger en økende utfordring, som også påvirker samhandling intern i kommunen og med spesialisthelsetjenesten. Dette medfører dårligere kontinuitet i oppfølgingen av kvinnen og hennes familie i svangerskap og barseltid.

### **PSYKISK HELSE OG RUS**

#### **Ad. Hva er de viktigste utfordringene å adressere?**

**Vi har fremdeles behov for å styrke reell samhandling mellom nivåene i helsetjenestene.** Dette er den viktigste utfordringen som løftes fra samtlige som ga innspill. Utfordringen gjelder både pasienter med psykiske-, rus- eller ROP-lidelser, og barn- og unge som har psykisk helse- eller rusproblematikk. Særlig gjelder dette personer med langvarige og sammensatte lidelser. Det oppleves at både kommunale og statlige virksomheter definerer sine rammer på en slik måte at vi ikke favner de med de aller største behovene. Det er gjerne "noen andre" som må overta eller som bør ha bedre kompetanse og muligheter. Det er et misforhold i forventninger mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen, ut fra kommunens rammer og pasientenes behov.

**"Eier" av pasientforløpene.** Pasientforløpet starter hos henviser, men registreres og måles først når spesialisthelsetjenesten mottar henvisningen. Dette, kombinert med at pasientforløpene i for liten grad stiller konkrete krav til kommunens deltakelse, gjør at forløpene "eies" av



spesialisthelsetjenesten. Tynn forankring i kommunen bidrar til opplevelsen av at det er stor avstand til spesialisthelsetjenesten og at tjenester "bestilles" hos kommunen. Pasientforløpet for barn og unge gir spesialisthelsetjenesten rom til å avslå en henvisning samtidig som kommunen får aleneansvar for å sikre tjenester, uten at man nødvendigvis har kompetanse eller ressurser til å utrede og behandle problematikken.

**Oppgaveforskyvning.** Reduksjon av behandlingsplasser i spesialisthelsetjenesten gjør at kommunen har fått større ansvar, men ikke tilsvarende ressurser og kompetanse til å håndtere utfordringene. Det oppleves at det er en økning av ROP-pasienter som ikke får hjelp. Det har blitt vanskeligere å legge personer inn i tvungent psykisk helsevern. På barnefeltet har ikke kommunene greid å utvikle tilstrekkelige og tydelige psykiske helsetilbud for barn og unge i takt med nedbygging av plasser i spesialisthelsetjenesten. Barn og familier får derfor hjelp stykkevis og delt fra ulike aktører, og det er usikkert om dette er god helsehjelp. Konklusjonen er at kommunen sitter igjen med pasientene uten tilstrekkelig kompetanse til å håndtere utfordringene. For mye ansvar for psykisk syke barn og unge er blitt lastet over på barneverntjenestene.

**Unge sliter - tidlig innsats mangler.** En stor økning i gruppa unge voksne med behov for psykisk helsehjelp tyder på at vi ikke kommer tidlig nok inn. I Trondheim kommune identifiserer vi et gap i det psykiske helsetilbudet til unge mellom 16 og 18 år som går på videregående skoler. Elevtjenestene i videregående skoler har egne psykologer, men disse jobber på systemnivå etter opplæringsloven, ikke helselovgivning. Flere elever opplever at psykologer er utilgjengelig for dem i de kommunale helsetjenestene utenom på Helsestasjon for ungdom, og at det er vanskelig å få psykisk helsehjelp generelt. Det samme er tilfellet for unge med rusproblemer som ikke har kontakt med Uteseksjonen.

**Lavterskeltilbud får ventelister.** Lavterskeltjenester som Rask psykisk helsehjelp (RPH) beskriver at de får lange ventelister til tross for etablering av gruppe-, kurs- og digitale behandlingstilbud. Etterspørselen er høyere enn tilbudet.

**Bærekraft i tjenestene.** For at tjenestene skal være bærekraftige, må de være mer treffsikre. Vi bruker for mye ressurser på å gi hjelp som ikke virker, enten fordi vi mangler kunnskap om hva som virker, fordi pasientens behov ikke er kartlagt på en god måte som involverer brukerperspektivet, eller fordi hjelpen gis på feil nivå. Dette innebærer også at vi må sikre tilpassede og kultursensitive tjenester til minoriteter (mtp helsekompetanse, sykdomsuttrykk, tilpassede behandlingsløp, kompetanse hos helsetjenester/utøvere).

**Motivasjon for hjelp.** Motivasjon kan ikke forstås som et konstant, endimensjonalt fenomen i pasientenes liv, uavhengig om de søker hjelp for psykisk helse eller rus. Siden motivasjon påvirkes av ulike faktorer, bør det ikke brukes som vurderingsgrunnlag for rett til spesialisert helsehjelp selv om det er helt sentralt for å nå fram med psykisk helse- og rusarbeid. Ansvar for å jobbe med motivasjon bør være en del av helsehjelpen som gis, ikke en forutsetning for den.

#### **Ad. Hvilke tiltak er aktuelle?**

**Pasientforløpene** må videreutvikles og i større grad stille krav til hva som forventes av kommunen. Herunder krav om brukermedvirkning og pårørendeinvolvering på alle nivå i helsetjenestene. Det er særlig innen psykisk helse, rusomsorg, familierelaterte problemstillinger og rehabilitering det er uklare ansvarsforhold, uhensiktsmessige oppgavefordeling, og manglende handlingsrom.

**Kompetansehevingsprogram for det kommunale psykisk helse- og rusfeltet** slik at man kan håndtere flere av utfordringene som kommunen får ansvar for.

**Opptappingsplanen for psykisk helse** bør stimulere til etablering av kommunale lavterskeltilbud innen psykisk helsetilbud til barn og unge, men ikke begrense dette til én terapeutisk retning (f.eks. kognitiv terapi) da konteksten barnet lever i må tas hensyn til. Opptappingsplanen bør stimulere til fortsatt fokus på familie og nettverk i behandlingen av barn og unge, og gi insentiver til samhandling med spesialisthelsetjenesten.

**Implementering av integrert og samtidig behandling for rus og psykisk helseproblematikk** på tvers av nivå. Herunder fortsatt utvikling og utbredelse av FACT, ROP og andre fleksible team, med tilgang på de virkemidler vi finner innenfor ulike lovverk. Det bør være insentiver for at spesialisthelsetjenesten og kommunen skal opprette teamene i samarbeid.

**Plikt til tettere samarbeid mellom barne- og voksentjenestene** både innenfor og på tvers av virksomhetene, for eksempel knyttet til gravides psykiske helse, i et forebyggende og samfunnsøkonomisk perspektiv.

**Insentiver til å utnytte kommunepsykologene på flere områder i kommunen.** Forventning om at psykologen inngår i drøftings- og samarbeidsfora med fastlegene (ikke det samme som å være en del av fastlegekontoret) og med spesialisthelsetjenesten. Tydeliggjøring av psykologen som aktør i skolehelsetjenesten (i dag består skolehelsetjenesten av helsesykepleier, fysioterapeut og ergoterapeut). Forventning om at psykolog bør være naturlig aktør i folkehelsearbeidet. Bør det være en norm for stillinger per antall innbyggere?

**Insentiver for at virksomhetene som bruker Helseplattformen i Midt-Norge, skal ta i bruk en felles behandlingsplan** for pasienter med psykiske eller ruslidelser. En felles behandlingsplan vil kunne øke virksomhetenes forståelse av og samhandling om pasienten. Behandlingsplanen bør inngå som en klinisk del av IP-arbeidet. Utprøving av felles behandlingsplan kan gi verdifulle erfaringer om organisering av helsehjelp.

**Etablering av kommunale kvalitetsindikatorer** basert på kunnskap om den kommunale pasientpopulasjonen. Se pågående arbeid/eksempler.

#### **Ad. Gode eksempler som departementet bør være kjent med**

**“Gjenforening med mening”.** Et IMDI-støttet prosjekt med INN/ Flyktningshelseteamet/ Omsorgsenheten/Flyktningsbosetting som deltakere og med fokus på bedre kvalitet i tjenestene for familier som blir familiegjenforent med enslig mindreårig flyktning. Samarbeid med flere tjenester, familiefokus, økonomi, boligforhold og praktisk veiledning i hjemmet og i samfunnet

**“Tilhørighet i Trondheim”.** Et IMDI-støttet prosjekt med fokus på bedre tilpassede tjenester for LHBTI-flyktninger, for integrering og tiltak for “doble minoriteter.”

**“Mann om bord”.** StimuLab-støttet prosjekt med Trondheim kommune, NAV og Kirkens Bymisjon, med mål om å:

- Sikre at flere unge menn oppsøker hjelp i en tidligere fase for en bedre mulighet til å snu

en negativ retning.

- Gi innsikt i og kunnskap om menneskes behov slik at hjelpetiltakene er persontilpasset og skreddersydd for den enkeltes behov.
- Utvikle og teste nye og effektive samarbeidsformer på tvers av ulike sektorer og frivillige

**“Systematisk kvalitetssikring av helsetjenester”**. Forsknings samarbeid mellom Institutt for psykologi (NTNU), Nidaros DPS (St. Olavs hospital) og Enhet for psykisk helse og rus (Trondheim kommune). Alle pasienter fyller ut samme kartleggingsskjema som omfatter mål på alvorlighetsgrad av symptomer, daglig fungering, livskvalitet og behandlingstilfredshet. Det innhentes informasjon fra KUHR-databasen om bruk av helsetjenesten, reseptregisteret for informasjon om reseptbelagte medisiner, og NAVs register om sykemelding. Informasjonen kobles for å undersøke effekten av og brukertilfredshet med behandling, og om behandling fører til redusert sykefravær og redusert bruk av helsetjenester. Dette gir kunnskap som kan gi oss et grunnlag for å utvikle kommunale kvalitetsindikatorer for psykisk helse og rus.

**Helse- og overdoseteam.** Trondheim kommune er kjent for arbeidet som gjøres i Helse- og overdoseteamet som jobber kontinuerlig med fokus på reduksjon av overdoser. De samarbeider tett med akuttkjeden, både legevakt og akuttmottak i sykehuset og kan vise til gode resultater av samarbeidet.

**Utarbeidelse av felles behandlingsplan** for bruk mellom sykehus og kommune, i Helseplattformen. Fagekspertene fra kommunen og spesialisthelsetjenesten, med representanter fra hele Midt-Norge, jobbet tett sammen for å utarbeide et system i Helseplattformen som kunne muliggjøre bruk av en felles behandlingsplan. Planen har fått oppmerksomhet fra andre fagmiljøer som også har “adoptert” planen og ønsker å bruke den på tvers av andre områder som feks rehabilitering eller kreftbehandling. Planen har et mer klinisk tilsnitt enn IP, og kan brukes alene eller som en del av en IP.

Med hilsen  
Trondheim kommune

Wenche P. Dehli  
helse- og velferdsdirektør

Lene Stene Salberg  
samhandlingsleder helse for kommunene i  
søndre Trøndelag

*Elektronisk dokumentert godkjenning uten underskrift*