

Innspill helse og samhandlingsplan/folkehelsemelding – Trysil kommune.

Innledning

Takk for muligheten for innspill til helse- og samhandlingsplan og folkehelsemelding 2023. Vi ønsker å belyse at reelle innspill fra det kommunale perspektivet i denne formen blir preget av at tidsfristen er kort, ferieavviklingen er tett på og kompetansen i mange av Norges kommuner for å kunne gi innspill på så åpne spørsmål er begrenset.

Det er av stor betydning å få et godt representativt bilde av det kommunale perspektivet da kommunene får med seg alle og dermed de stedene hvor man kan gjøre effektive folkehelseinnsatser. Kommunene står også overfor en realitet med store utfordringer innenfor helse/omsorg fremover. Mange eksisterende planer oppleves å ha et by- og stats perspektiv som hovedtyngde og det gir ofte manglende eller krevende oppdrag og løsninger for de fleste av Norges kommuner.

De viktigste utfordringene og tiltakene som vi ønsker å belyse er

1) Digitalisering

En rask utvikling av digitale tjenester har stort potensiale i forhold til samhandling og effektivisering, men er oftest organisert og finansiert i prosjektform. Prosjektene er både spisse og brede og ofte initierte av større kommuner, statlig eller fra enkelte helseforetak. Etter prosjektperioden skal finansieringen ofte inn i rammefinansieringen til kommunene og da ser vi at både prioritering og den digitale infrastrukturen blir en utfordring. I kommunen opplever vi konkret at vi arbeider i flere ulike digitale modeller og system. Systemene har ofte dårlig kommunikasjon mellom hverandre og kompetansen hos brukerne varierende (spesielt med tanke på personalutskiftninger og mangel). Mange ganger er det fortsatt enklest og mest sikkert å sende papir med pasienten.

Som tiltak foreslår vi fokus på oppbygging av en digital holdbar infrastruktur.

2) Desentralisering av tjenester/sentralisering av kompetanse

Et kjent og sammenfattende utfordringsbilde er utviklingen av kommuneparadokset som på den ene siden peker på et større oppdrag:

- økende omsorgsbehov i en aldrende befolkning
- desentraliserende sykehustjenester
- økte krav på tilgjengelighet i fastlegeordningen og digitale tjenester
- økt behov for tjenester mot lettere psykisk uhelse
- økende behov for PPT/Skolehelsetjeneste
- økende krav på kvalitetssystem og lokal gjennomføring av sentrale føringer
- økende administrative oppgaver

og som på den andre siden peker på reduserte ressurser:

- mindre administrativ kompetanse i kommunene
- legemangel (sykehjemslege, samfunnsmedisin og fastlege)
- økende sykemeldinger/sykefravær
- læremangel
- sentralisering av kompetanse

Totalt gir dette kommunene dårlige forutsetninger å klare oppdraget fremover. Det blir viktig med et nasjonalt løft for å rekruttere og utdanne helsepersonell både på høgskole- og fagarbeidernivå.

Tiltak for å forbedre kommunenes forutsetninger for å løse paradokset må rettes mot forbyggende arbeid mot lettere psykisk uhelse, fungerende fastlegeordning, lokale muligheter for kompetanseutvikling innenfor eget fagfelt og tydeligere statlig styring (for eksempel gjennom normer for bemanning, øremerkete midler og økt kunnskapsgrunnlag om helseøkonomi på kommunenivå).

Med riktig innsats rettet mot disse områdene får kommunene mindre uhelse og fravær i sine personalgrupper, et oppdrag som krever mindre administrasjon for gjennomføring og økt kompetanse i helse/omsorg for å avlaste helseforetak og forbedre pasientopplevelsen.

3) Forebygging av lettere psykisk uhelse

Langsiktig er det viktigste folkehelsefokusområdet forebygging av lettere psykisk uhelse. Vi ser en tydelig trend med økte lettere psykiske plager og muskelskjelett relaterte plager. I den yngste delen av befolkningen ser vi også økt diagnostisering og utfordring med nevropsykiatriske lidelser. Samtidig øker skjermbruk, sosiale medier og overvekt. Dette er i seg selv risikofaktorer for psykisk og fysisk uhelse.

Det å bygge motstandskraft gjennom å lære barn og unge å håndtere følelser; kriser og sorger, noe livet byr på. Det krever oppmerksomhet og kompetanse fra alle voksne rundt de unge, både foreldre, lærere, trenere og helsepersonell i 1. linjetjenesten, for å nevne noen. Det krever også tverretattlig og tverrfaglig innsats i form av bevissthet og tid. Det byggende perspektivet handler om å lære barn og unge å tåle, stå i og håndtere vanskelige og vonde følelser. Dette innebærer å lære seg å akseptere følelser og ha varierte strategier for å håndtere og regulere disse. Til dette trenger barn og unge voksne som ser og bryr seg og som trygger de på at følelser er normalt. Det er viktig at dette spekteret av følelser og kriser ikke sykliggjøres, men oppfattes som en del av livet som vi som mennesker er rustet til å møte, om det enn er smertefullt.

Dette skaper mestringsfølelse og trygghet i det å leve livet på godt og vondt. Arbeidet kan gjennomføres av voksne rundt barnet slik at primærhelsetjenesten kan bruke tid på de som er i ferd med å utvikle en alvorlig psykisk lidelse, f. eks de som er utsatt for omsorgssvikt og overgrep. For å skille mellom det som er vanlige, om enn vanskelige følelser og alvorlige tilstander, er det behov for kompetanse og rutiner for kartlegging.

Barn, unge og voksne som er i ferd med å utvikle psykisk uhelse trenger å få hjelp raskt slik at problematikken ikke sementeres og forsterkes og blir til kroniske lidelser. Primærhelsetjenesten blir hardt belastet da kapasiteten i spesialisthelsetjenesten er for liten. Det tar for lang tid å få hjelp i spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten blir sittende med pasienter som venter, samtidig som man stadig får nye saker inn. Kapasiteten blir sprengt og man får for liten tid til å jobbe byggende med kompetanseheving på de arenaer der barn og unge oppholder seg. Primærhelsetjenesten belastes ytterligere ved at døgnplasser innenfor tungpsykiatrien er bygd kraftig ned uten at det kommunale tilbudet er utbygd tilstrekkelig med bemannede boliger og fagkompetanse til å ivareta de med alvorlige lidelser. Dette fører til hyppige re- innleggelses, noe som belaster pasientene og de som jobber i kommunene og selvfølgelig kapasiteten ved akuttpostene.

Styrkingen av rusfeltet har ført til bedre kapasitet i hele systemet. Her er både kapasitet og flyt bedre.

For å møte utviklingen må neste folkehelsemelding omhandle holdningsendring hvor vi stopper opp normalisering av stort sukkerinntak og økt skjermbruk. Det må være enklest og billigst for folk å velge

det som gir god helse. Eksempel på tiltak kan være sukkerskatt, aldersbegrensninger, mobilfri arbeidsplass og skole, begrense eksponering for unyttig kost og begrense eksponering for sosiale medier.

Hvordan vi snakker om psykisk uhelse er også avgjørende. Samtalene har i dag stort fokus på følelser og det er lett at oppmerksomheten på følelser gir økte utfordringer med følelsesrelaterte problem. Viktigere er det å tale om motstandskraft. Det å stimulere en samfunnsmodell/oppvekstmodell hvor dialogen rettes mot resiliens (psykologisk motstandskraft) gir riktig fokus på å håndtere, snarere enn å skape følelsesrelaterte uhelse.

4) Finansieringsmodeller

Dagens finansieringssystemer støtter ikke opp under å utvikle sykehus og kommuner som likeverdige partnere. Det må være en gjensidig forståelse og aksept for at samhandling for å oppnå gode og helhetlige pasientforløp, handler om noe annet enn meldinger fra sykehuset om at pasienten er utskrivningsklar og at helseforetaket vil kreve kr 5 306, per døgn som pasienten er «overliggende». I et samhandlingsperspektiv er det viktig at det er en gjensidig forståelse av at de tiltak som den ene samhandlingspartneren iverksetter, har konsekvenser for den andre partneren. Det er viktig at vi «spiller på samme lag» i et funksjonelt pasientforløp.

Det er en utfordring at nye samarbeidsformer ofte prosjektfinansieres. Samhandlingspartene får tilført midler for en periode hvor man i den perioden har mulighet for å bygge opp «nye» tjenester og samhandlingsformer. I prosjektperioden får man ofte til gode løsninger nettopp fordi man får tilført ekstra midler. Når prosjektperiodene er over skal prosjektene leve videre i ordinær drift uten styrket økonomi. Man ser da ofte at de gode løsningene drukner i daglig drift innenfor allerede stramme rammer, både i sykehuset og kommunen.

Andrelinjetjenesten spiller selvsagt en viktig rolle for befolkningen og for de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Når vi vet at framtidens helseutfordringer i stor grad vil preges av elders sykdommer, kroniske lidelser, rusavhengighet og psykiske lidelser, er det viktig at både spesialisthelsetjenesten og den primære helse- og omsorgstjenesten rustes for dette. Framtidens helse og omsorgstjenester må utvikles i en tettere samhandling, enn det som har vært tilfelle til nå.

Myndighetene må få på plass basisramme, tilskuddsordninger og refusjonsordninger for nettopp å sikre at satsninger innenfor samhandlingsfeltet blir gjennomført og videreført i ordinær drift/ramme.

Kjente fungerende modeller

- ✓ FACT – modellen er en måte å jobbe på der 1 linjetjenesten og spesialisthelsetjenesten samarbeider på en annen måte både faglig og økonomisk. I praksis etablerer man et ambulant team som jobber oppsøkende mot pasienter som kan være vanskelige å nå. Teamet består av case- managere fra kommunene og psykiater / psykolog / jobbspesialist fra spesialisthelsetjenesten og NAV. Alle i teamet mottar refusjon for konsultasjoner – noe som styrker økonomien og inntjeningen. Teamet jobber ambulant og fleksibelt – en styrke i stabiliseringsarbeidet og flyt i tjenestenivåer for de alvorligst belastede pasientene
- ✓ SAMAKS står for samhandling mellom kommunale sykehjem, hjemmetjenester og alderspsykiatrisk avdeling i Sykehuset Innlandet og bygger på Helsedirektoratets nasjonale faglige retningslinje om demens. Samarbeidet ble etablert allerede i 2010. 33 kommuner med 52 sykehjem pluss noen hjemmetjenester deltar. Oppfølging av pasientene skjer i

samarbeid mellom spesialsykepleiere i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten hvor spesialsykepleierne får veiledning av legespesialist.

- ✓ Desentralisert helselederutdanning i Trysil kommune. Utdanningen bygger på en samarbeidsavtale mellom Høgskolen Innlandet, Fagakademiet, Ambia og Trysil kommune. Dette er en utdanning over 8 moduler og er samlingsbasert. Alle samlinger er lagt til Trysil og kommunen har ansvar for lokaler. Utdanningen er for ledere på ulike nivå i kommunen, for å skape felles og kvalitativt løft for god ledelse, samt felles lederplattform. Utdanningen kvalifiserer til OU midler fra KS og er således en økonomisk gunstig utdanning for den enkelte deltaker. Det varierer noe fra modul til modul, men ca. 25 ansatte deltar på den enkelte modul.

Oppsummering

Skal vi opprettholde bosetting i hele landet, er vi også avhengige av at de kommunale helse- og omsorgstjenestene styrkes ressursmessig. Det er viktig at også helseforetaket er bevisst på at det er primærhelsetjenesten som er fundamentet i landets helse og omsorgstjenester og at behovsdekningen i sykehusene må balanseres med behovsdekning i primærhelsetjenesten.

Sykdomsutviklingen i befolkningen rammer ikke kapasiteten i Helseforetaket og i kommunene likt. Pasientpopulasjonen i de kommunale helse-, omsorgs- og velferdstjenestene er ikke alltid sammenfallende med de spesialisthelsetjenesten og sykehusene kommer i befatning med. Det er nødvendig å påpeke at de aller fleste og de mest langvarige helse-, rehabiliterings- og omsorgstjenestene ytes i kommunene. Dette gjelder som tidligere nevnt ikke minst innbyggere med aldersrelaterte lidelser som demens, psykiske lidelser og ulike mangelsykdommer.

Det mest effektive og samfunnsøkonomiske er å arbeide primærforebyggende i alle ledd. På kommunenivå når man hele befolkningen gjennom tidlig innsats i skole og barnehager. Det er derfor viktig å etablere godt samhandlingsklima mellom oppvekstsektoren og helse- og omsorgstjenestene, nettopp for å bygge kompetanse og skape robuste barn og unge. Det å ha et godt samhandlingsklima gjelder ikke bare på kommunenivå, men helt fra departementene og nedover.