

Nasjonalt senter for distriktsmedisin,
Helsefak, Institutt for samfunnsmedisin
UiT Norges arktiske universitet
9037 TROMSØ

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo

Høringsvar fra NSDM til Forslag om å innføre krav om at kommuner og helseforetak skal avtale hvordan de sammen skal planlegge og utvikle tjenester (Helsefelleskap).

NSDM støtter forslag til endring i Helse- og omsorgstjenesteloven og forslaget om opprettelsen av helsefelleskap. Organiseringen i tre nivåer tydeliggjør at ulike nivå har ulike roller og oppdrag, men at de også er gjensidig avhengig av hverandre.

Vi mener at høringsnotatet i for liten grad tar høyde for helsevesenets kompleksitet, og adresserer i for liten grad ujevne maktforhold mellom kommuner og helseforetak der pasienten ofte havner i mellomrommet. Målet med helsefelleskapene er å skape mer sammenhengende og bærekraftige helse- og omsorgstjenester til pasienter som trenger tjenester fra både spesialisthelsetjenesten og kommunal helse- og omsorgstjeneste. Uten å forholde seg til kompleksiteten både geografisk og faglig er denne målsettingen ikke mulig å oppnå. Pasienten lever og bor i et lokalsamfunn, og det meste av behandlingen av pasienten foregår i kommunehelsetjenesten og i lokalsykehus. Lokal forankring av helsefelleskapene er derfor avgjørende for å lykkes.



Ovenfra-og-ned/nedenfra-og-opp

Høringsnotatet beskriver en tydelig ovenfra-og-ned styringsstruktur, for eksempel i rammen på s.4: *«I partnerskapsmøtet vil toppledelsen i kommunene og i helseforetaket møtes årlig for å forankre overordnet retning og drøfte prinsipielle saker. Innenfor disse rammene bør faglige og administrative ledere i kommuner og helseforetak drive felles strategisk planlegging og fatte beslutninger i konkrete samarbeidssaker i strategisk samarbeidsutvalg. Fagfolk i helse- og omsorgstjenesten i kommuner og i helseforetak vil i faglige samarbeidsutvalg utarbeide konkrete prosedyrer og tjenestemodeller basert på føringer fra strategisk samarbeidsutvalg.»* (vår utheving)

Strategisk samarbeidsutvalg og Partnerskapsmøtet kan ikke stake ut overordnet retning og planlegge strategisk uten å legge til grunn de utfordringene pasientene og fagfolkene opplever. Kunnskapen om disse må komme nedenfra. Hvordan denne nedenfra-og-opp-prosessen skal foregå er i liten grad problematisert og beskrevet. En forutsetning for at Helsefelleskapene skal fungere er gjensidig tillit mellom partene/partnerne. Tillit bygges gjennom gjensidig respekt og anerkjennelse.

Dersom Helsefelleskapene skal få legitimitet og tillit må de forankre alle prosesser hos fagfolk og brukere. Det er som regel i det konkrete faglige og lokalt forankrede samarbeidet at man utvikler hensiktsmessige og fungerende systemer og modeller. Samarbeidsstrukturene må ta vare på den kreative dynamikken som finnes blant fagfolk på ulike nivåer for å finne gode, lokaltilpassede løsninger for pasientene. Denne dynamikken må ikke bindes opp av en ensidig ovenfra-og-ned styring. Da mister man gode lokale, fleksible løsninger.

Uten en systematisk innhenting av kunnskap og forslag fra det faglige nivået – de som faktisk kjenner hvor skoen trykker – blir ikke overordnede føringer og strategier legitime. Dette må beskrives som et krav til helsefelleskapene.

Lokale tilpasninger

Høringsnotatet skriver flere steder at det er nødvendig med lokale tilpasninger av helsefelleskapene. Vi er helt enig, og vil understreke og poengtere betydningen av dette. Behandling og oppfølging av pasienter som er angitt som målgruppe for helsefelleskapene skjer fremfor alt i kommunene og på lokalsykehusnivå. Utfordringene er forskjellige mellom bykommuner med korte avstander til det store sykehuset og lett tilgjengelige helsetjenester, og regioner med store avstander, tynt



befolkede kommuner knyttet til et lite lokalsykehus og et område-/universitetssykehus i byen langt unna. Helsefelleskapene må organiseres og driftes på en måte som gjør at dette blir hensyntatt.

Det er med andre ord organisatoriske utfordringer på flere nivåer som må adresseres, og som må finne ulike løsninger avhengig av lokale forhold:

- Helseforetak med ett stort og flere små lokalsykehus
- Helseforetak med en eller flere byer/vertskommuner og mange mindre distriktskommuner
- Helseforetak med flere mindre/jevnstore lokalsykehus
- Store byer med flere offentlige og private sykehus
- m.fl.

Høringsnotatet trekker frem Østfold som et eksempel til etterfølgelse, men Østfold har relativt enkel og oversiktlig geografi, og ett stort sykehus ganske sentralt plassert. Det er ikke gitt at eksemplet fra Østfold kan fungere like godt i områder med mer kompleks geografi og helsetjenestestruktur. Det er allerede utviklet ulike løsninger rundt i landet. Vi vil peke på UNN-området der de har laget et Fastlegeråd med representanter fra distriktskommuneklynger og vertskommuner som ivaretar både distrikts- og byperspektiv: <https://unn.no/fag-og-forskning/samhandling/fastlegeradet>. UNN har også opprettet en rekke kliniske samarbeidsutvalg (KSU).

I helseforetak med flere lokalsykehus er det antagelig hensiktsmessig å knytte et faglig samarbeidsutvalg (og kanskje også et lokalstrategisk samarbeidsutvalg) til hvert lokalsykehusområde dersom man ønsker å få gode, konkrete diskusjoner om praktiske løsninger for pasienter og fagfolk.

I den videre prosessen bør det i enda tydeligere grad legges føringer for at det er ønskelig med lokaltilpasset organisering av helsefelleskapene, gjerne med en «verktøykasse» av eksempler fra områder som har funnet fungerende løsninger.

Kommunenes utfordringer

For å kunne bygge gode helsetjenester i felleskap må begge part(ne)re planlegge langsiktig og strategisk, og involvere hverandre gjensidig slik som beskrevet i høringsnotatet. Høringsnotatet peker på at mange kommuner, fremfor alt små distriktskommuner, mangler gode langtidspaner for helse og omsorgssektoren.



Kommunene må prioritere arbeidet med å sikre et godt planverk og langsiktighet for å være forutsigbare samarbeidspartnere.

Erfaringen fra organisering i OSO (overordnet samarbeidsorgan) er at det lett blir en ubalanse mellom helseforetaket på den ene siden og de mange små og store kommunene på den andre siden. Dette fører noen steder til at kommunene i liten grad bidrar med innspill til saker, noe som forsterker ujevnheten i maktforhold mellom kommuner og helseforetak, og har både bidratt til økt konfliktnivå og dårligere løsninger.

Et konkret eksempel er arbeidet med å rekruttere LIS1-legger til turnustjenesten i sykehus og kommuner (ref NSDM-rapport fra 2017 <https://www.nsdm.no/ny-turnuslegetjeneste-for-legger/>). Den søknadsbaserte prosessen blir i all hovedsak styrt av helseforetakene, og kommunene har liten eller ingen påvirkningsmulighet til hvilke LIS1-legger som kommer til dem. Sykehusene vil naturlig nok prioritere søkere som ønsker en sykehuskarriere. Kommunene bruker ikke muligheten til å rekruttere kandidater som er egnet til, og kan tenke seg en karriere i primærhelsetjenesten. Dette er et område som trenger bedre samarbeidsløsninger der kommunene blir mer delaktige, slik at de i større grad kan legge føringer for ansettelsen av LIS1-legger.

Etablering av helsefelleskap i tre nivåer der bl.a. fastleger er ønsket inn på alle tre nivåene, vil kreve både tid og ressurser. De små distriktskommunene har ofte marginal bemanning i fagposisjonene (leger og sykepleiere osv), og kan få utfordringer med å frigjøre ressurser til å bidra aktivt til helsefelleskapene. Dette er et problem allerede i dag. Høringsnotatet adresserer ikke dette. Kommunene og KS må ta denne utfordringen på alvor ved å gi fagfolk definert, avsatt tid til å delta i Helsefelleskapene (med kompensasjon for evt inntektsbortfall). Dette er en nødvendig forutsetning for å sikre god balanse og nødvendig kompetanse. Kommunene er nødt til å bruke ressurser på dette, for å sikre at innspill til helsefelleskapene blir gode og fremfor alt blir hørt.

Det blir behov for økte fagadministrative ressurser som kan skrive de sakene som skal behandles i Helsefelleskapene. Kommunene må bygge seg nødvendig kompetanse for å kunne matche helseforetakenes maktposisjon. Kommuneoverlegene bør ha en viktig rolle her. Det er en fare for at distriktskommuner kan havne i en situasjon der manglende ressurser og støtteapparat gjør at deres situasjon i liten grad blir belyst. Da kan man gå glipp av nyttig kunnskap og erfaringer, for eksempel: Hvordan bruke mindre kommuners erfaringer med å lage fleksible løsninger basert på organisk tilpassing for å gi et godt



pasienttilbud med begrensede ressurser. Det samme kan gjelde for lokalbaserte, fleksible løsninger mellom lokalsykehus og lokalkommunene.

Helsefelleskap-strukturen legger opp til at kommunene organiserer seg i «klynger» der en kommune i klyngen får i oppdrag å representere de andre. I noen sammenhenger kan dette være en god løsning, men det er også en fare for at viktige lokale behov og kunnskaper mistes. Det er en utfordring at sentrale myndigheter ser ut til å oppfatte det kommunale mangfoldet som et uønsket og forstyrrende fenomen som kun er til plage. Med denne innstillingen prøver man å få terrenget til å passe til kartet istedenfor å tegne kartet slik terrenget faktisk er. Vi anerkjenner at det kan være nødvendig med en viss samordning, men det kan gå på bekostning av den nødvendige lokale tilpasningen. Det er påfallende at alle landets samarbeidsavtaler er tilnærmet likelydende når vi vet hvor forskjellig Norge er. Kan hende dette er noe av forklaringen på at de nåværende samhandlingsstrukturene ikke har fungert så godt som ønsket.

Økonomi/ressurser/sekretariat

Høringsnotatet underkommuniserer utfordringene med både infrastruktur og utgifter til helsefelleskapene. Kostnaden knyttet til administrasjon av helsefelleskapene i form av jevnlig møter, arbeidsgrupper og sekretariatsfunksjoner vil bli vesentlig.

Høringsnotatet farer også med harelabb over utfordringene med at endringer i oppgaver kan føre til utgifter for den ene parten og innsparinger for den andre parten. Her er det de skriver om dette (s.10): "*Selv om den umiddelbare effekten av noen utviklingstiltak kan være at enten kommune eller helseforetak opplever en økt kostnad på kort sikt, kan en bedre felles planleggingsprosess synliggjøre gevinstene som oppstår andre steder i pasientforløpet og/eller gjennom redusert behov for ressurskrevende tjenester for pasientene senere i livsløpet.*" Dette er riktig, men fremstår en smule virkelighetsfjernt når man kjenner til hvordan overanstrengt kommuneøkonomi og helseforetaksøkonomi gjør at man ser seg nødt til å prioritere kortsiktig effekt fremfor langsiktig. Mange gode prosjekter stranded på at det ikke tas høyde for «pukkelkostnader» i forbindelse med implementering og stabilisering. Dette gjelder både stat og kommuner.



Vi vil også minne om at hovedmålet med Samhandlingsreformen var at mer helsetjeneste skal ytes i primærhelsetjenesten, og at det nødvendigvis krever oppbygging av ressurser. Oppgaveoverføring «ovenfra-og-ned» kan være faglig riktig, men få store økonomiske konsekvenser for kommunene som tvinger frem utilsiktede prioriteringer av kommunenes tjenestetilbud. Erfaring tilsier at det nettopp er de svake og sårbare gruppene som rammes. Dette må ikke undervurderes.

Evaluering

Etablering av helsefellesskap er en videreutvikling av Samhandlingsreformen, og bør følges med planlagt evaluering/følgforskning. Systematisk innsamling av kunnskap om effekter og erfaringer kan være nyttig og nødvendig for justering og forbedring.

Med vennlig hilsen



Anette Fosse
Leder NSDM

