

Helse Nord RHF
Postboks 1445
8038 Bodø

Deres ref.:
2024/388-1/008

Vår ref.:
ss

Arkiv:


Dato:
06.05.2024

2024/388 Høringsinnspill fra Helgelandsrådet - Tiltak for å sikre bærekraft i Helse Nord

Det vises til utsendt høringsbrev av 01.03.2024 og forespørsel om utsatt høringsfrist til 6. mai fra Alstahaug kommune og Vefsn kommune.

Vedlagt er Helgelandsrådet sitt høringsinnspill på høringen om – Tiltak for å sikre bærekraft i Helse Nord.

Med vennlig hilsen
Helgelandsrådet



Stig Sørra
Sekretariatsleder

Vedlegg: Høringsinnspill fra Helgelandsrådet - Tiltak for å sikre bærekraft i Helse Nord

Post: post@hel.no
Org.nr.: NO 923 826 122
Bank: 4540.15.31266

Besøksadresse: T. Kveldulysonsgate 45
Postboks 405
Postadresse: 8801 SANDNESSJØEN

E-post: stig.sorra@hel.no
Mobil: 902 14 433

Høringsinnspill – Tiltak for å sikre bærekraft i Helse Nord

Dato: 6. mai 2024

Høringsinstans

Navn: Helgelandrådet

1. Psykisk helsevern og TSB

1.1 Innspill på forslagene til tiltak innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Innspill:

- Vi støtter styrking av DPS poliklinikker på Helgeland. Poliklinisk tilbud til pasienter med psykiske lidelser, inkludert ruslidelser, er et svært viktig behandlingstilbud og kommunehelsetjenesten er helt avhengig av at de polikliniske tilbudene er dimensjonert slik at de evner å tilby behandling til pasientene uten unødig ventetid. Vi er også opptatt av at poliklinikkene er såpass robuste at de klarer å levere god kvalitet på tjenesten, og et variert behandlingstilbud på DPS-nivå, i henhold til spesialisthelsetjenestens oppdrag.

I forbindelse med forlaget om å flytte døgnavdelingen i Mosjøen til Mo i Rana, samt å redusere den totale døgnkapasiteten innen psykisk helsevern på Helgeland, er vi bekymret for følgende:

- Ved å flytte døgnenheten i Mosjøen til Mo i Rana vil Helgelandssykehuset stå i fare for å miste en betydelig andel av sitt spesialiserte fagpersonell. Døgnavdelingen i Mosjøen har over mange år bygd opp, og utdannet fagfolk med høyspesialisert kompetanse på døgnbehandling i psykisk helsevern (psykiatriske sykepleiere og vernepleiere, kliniske sosionomer, samt lege- og psykologspesialister). Det er stor risiko for at mange av de ansatte ikke vil akseptere en pendlervei på minst 18 mil daglig (tur/retur). Det vil således medføre store utfordringer knyttet til å rekruttere, drive opplæring og leie inn nytt personell om man vedtar flytting, dette i en tid hvor de fleste helsetjenestene har store utfordringer med rekruttering og bemanning. Det vil i tillegg påløpe en betydelig langvarig belastning på eksisterende fagpersonell på Mo i Rana i perioden man bygger opp en ny avdeling, som igjen øker faren for at personell slutter eller blir sykemeldt. De foreslåtte endringene medfører derfor etter vår mening en betydelig risiko om man klarer å opprettholde døgntilbudet til psykisk syke på Helgeland.

- Det er knyttet stor bekymring til at unike og viktige behandlingstilbud vil gå tapt om man vedtar flytting av døgnavdelingen i Mosjøen. Døgnavdelingen i Mosjøen tilbyr blant annet innleggelse til mødre med fødselsdepresjon hvor barnet kan være sammen med mor og far (eller medmor) gjennom innleggelsen. Dette er et unikt tilbud nasjonalt, og det er svært få andre døgnavdelinger i Norge som har et lignende tilbud. Dette er i tillegg et regionalt tilbud, og Mosjøen er den eneste døgnavdelingen i Helse Nord som tilbyr denne type innleggelse. Ved en eventuell flytting av døgnavdelingen til Mo i Rana står Helse Nord pasienter i fare for å miste både kompetanse på denne type problemstilling, men også tilbudet i sin helhet.

- Døgnavdelingen i Mosjøen tilbyr brukerstyrte senger til pasienter med langvarige og alvorlige psykiske lidelser som har behov for korte døgnopphold for å forebygge og stabilisere alvorlig psykisk lidelse. For denne pasientgruppen er nærhet til tilbudet og eget hjemsted en viktig faktor. Om man vedtar å flytte døgnavdelingen til Mo i Rana vil denne pasientgruppen, som er en av de mest sårbare pasientgruppene i samfunnet, stå i fare for å få sin helse ytterligere forverret fordi reiseveien blir for lang. Når man i tillegg foreslår å kutte den totale døgnkapasiteten på Helgeland med 5 plasser foreligger det en betydelig risiko for at dette vil gå utover de brukerstyrte sengene. Dette er senger som alltid vil bli nedprioritert til fordel for elektive ordinære innleggelser. Ved å redusere det totale tilbudet såpass mye risikerer man at de sykeste pasientene som har behov for korte, brukerstyrte, innleggelser ikke får tilbud og får sin helsetilstand ytterligere forverret.

- Flytting av døgnavdeling fra Mosjøen til Mo i Rana vil medføre betydelig lengre reisevei for pasientene bosatt i kommunene på Sør-Helgeland. Lengre reisevei for psykisk syke pasienter med behov for døgnbehandling vil kunne medføre redusert bruk av tjenestene, da nærhet til hjemsted og familie er viktige faktorer for gjennomføring av behandlingen. En eventuell flytting og reduksjon av tilbudet vil derfor medføre en risiko for økt press i den kommunale helsetjenesten, og at pasienter som er for syke til å få adekvat hjelp i kommunen ikke søker seg til den nødvendige hjelpen i spesialisthelsetjenesten. Arbeidsgruppe 2 konkluderte også i sin ros-analyse, at alternativ 2 (å flytte døgnavdelingen i Mosjøen til Mo i Rana) var forbundet med en høyere risiko for at man ikke klarte å opprettholde en akseptabel reisevei til pasientene i forbindelse med utredning og behandling.

- Ved å redusere sengekapasiteten med 5 senger skaper man et tilbud som er svært marginalt og sårbart for utvikling av ventelistepasienter. Disse pasientene vil stå i fare for å få sin tilstand forverret mens de står på venteliste, noe som igjen vil kunne utløse behov for innleggelse på sykehusnivå i Bodø eller Tromsø. Kapasiteten på sykehusnivå er allerede svært marginal, noe som også med stor sannsynlighet vil gjelde fremover, tross de foreslåtte endringene. De foreslåtte endringene vil altså kunne medføre en negativ spiral av sykere pasienter som krever behandling på et høyere nivå enn nødvendig.

- Det er i liten grad beskrevet noen forslag eller tiltak som omhandler hvordan endring av innhold og organisering i DPSene kan avhjelpe og bedre kapasiteten til sykehusfunksjonene i Bodø og Tromsø på området psykisk helse og rus. Dette var en del av mandatet til arbeidsgruppe 2, og bør således utredes nærmere. Det burde blitt utredet hvordan man kunne styrke og videreutvikle tilbudet på DPS nivå (både poliklinikk- og døgnnivå) for eksempelvis pasienter med spiseforstyrrelser og alderspsykiatriske lidelser for å frigjøre kapasitet på sykehusnivå.

1.2 Forslag til andre endringer i funksjons- og oppgavedeling innen psykisk helsevern og TSB, som kan bidra til en bærekraftig helsetjeneste.

Innspill:

- Det bør utredes hvordan man kan styrke og videreutvikle tilbudet for pasienter spiseforstyrrelser og alderspsykiatri på DPS nivå, dette for å frigjøre kapasitet på sykehusnivå.

Psykisk helse og rus betydning for Mosjøen fengsel:

Vi mener også det er viktig å belyse viktigheten av samhandling mellom psykisk helse og rus i tilknytning til Mosjøen fengsel. Vi kan ikke se at dette er problematisert i arbeidsgruppe 2 sitt

arbeid. Det synes vi er svært uheldig, da stadig flere innsatte i nordiske fengsler har utfordringer relatert til psykisk helse eller rus (Bukten, Virtanen, Hesse, Chang, Kvamme, Thylstrup, Tverborgsvik, Skjærvø & Stavseth, 2024). Et tilstrekkelig og godt psykiatrisk tilbud er helt nødvendig for de innsatte som sliter mest. Mosjøen fengsel er ikke noe unntak. Dagens ordning gjør at vi kan skreddersy et godt og nært tilbud til den innsatte. Bygges psykisk helse og rus ned i Mosjøen, kan det få store konsekvenser for fengselet.

Nordland fengsel, avdeling høy sikkerhet Mosjøen, har per dags dato 15 soningsplasser. Fengselet favner et område med innsatte fra: Helgeland, Saltdal og Namdal. Et område med ca. 100 000 innbyggere. Mosjøen fengsel er strategisk og godt plassert mellom byene Trondheim og Bodø. Avstanden til Trondheim er 39 mil og til Bodø er det 31 mil. Støtten til å opprettholde og utvikle Mosjøen fengsel, har bred politisk forankring gjennom vedtatte uttalelser fra regionrådene på Helgeland og Nordland Fylkekesting:

“I Hurdalserklæringa sies det at fengslene skal fortsette å ha en desentralisert struktur og at innholdet i soningen skal styrkes. Mosjøen fengsel er viktig i en desentralisert struktur. Mosjøen har alle de støttefunksjoner et fengsel har behov for. Dette inkluderer blant annet samarbeid med Helgelandssykehuset innenfor rus og psykiatri, helsetjenestene i Vefsn kommune (...)” (Nordland fylkekesting, 23.10.2023).

De ulike tjenestetilbudene rundt fengselet som ligger i umiddelbar nærhet til fengselet er unikt og det bidrar til å gjøre det mer enkelt og mer effektivt å levere et helhetlig og godt behandlingstilbud til de innsatte. Lokalisering av kompetansen som i dag er innenfor Psykisk helse og rus nært fengselet er også økonomisk gunstig med tanke på reise- og behandlingstid for både politi, fengsel og spesialisthelsetjenesten.

Videre skaper nærhet til fengsel og politi, en trygghet for de ansatte i helsetjenestene. Hender det noe, kommer politiet raskt. Men, det er også en trygghet for de ansatte i Mosjøen fengselet: Oppdager de at den innsatte er for psykisk syk til å være i fengselet, kan de benytte seg av §12 - Gjennomføring av straff i institusjon, og dermed komme raskt i kontakt med blant annet døgnavdelingen, som kan hjelpe både den innsatte og ansatte. For dessverre, er det mange norske fengsler som har utfordringer med å kunne tilby god nok til hjelp til de som sliter psykisk (Vevang, 2023). Utfordringer Mosjøen foreløpig ikke har, men kan få om kompetansemiljøet innenfor Psykisk helse og rus forsvinner. Slik det foreslås fra arbeidsgruppe 2, kan en nedbygging av kompetansemiljøet innenfor Psykisk helse og rus i Mosjøen, få store konsekvenser for det helhetlige tilbudet innenfor kriminalomsorgen.

2. Rehabilitering og private tjenester

2.1 Innspill på forslagene til tiltak innen rehabilitering og private tjenester.

Innspill:

Mandatet til arbeidsgruppe 3 har vært å utrede rehabiliterings- og private tjenester og om kapasiteten i egne helseforetak kan økes for å gi mer spesialisert rehabilitering i sykehus, og redusert kjøp av helsetjenester fra private. Det beskrives en Nå-situasjonen som viser flere utfordringer i Helse Nord:

- Manglende rehabilitering i akutfasen kan redusere muligheten for pasienter å gjenvinne funksjoner
- Uklar oppgavedeling mellom helseforetakene mht. hvilke pasientgrupper som bør få et tilbud i kommunen eller i spesialisthelsetjenesten
- Det mangler en tydelig definisjon på hva som skal være regionale oppgaver, det er behov for klare retningslinjer for hva som skal være regionale ansvarsområder.
- Det er krevende å rekruttere og stabilisere kvalifisert personell til små, sårbare enheter

På bakgrunn av dette er det lagt fram to ulike alternativ til ny funksjons- og oppgavefordeling.

Alternativ 1:

- Ta tilbake pasienter som i dag går direkte fra sykehus til privat rehabilitering.
- Fokus på tre pasientgrupper: ortopedi, subakutt hjerneslag og kompleks rehabilitering.
- Styrking av tilbudene i Sandnessjøen med økt sengekapasitet, fagmiljø og bemanning.
- Avvikling og nedbygging av andre institusjoner.
- Spesialisthelsetjenesten skal tilby kompetansestøtte til kommuner for å styrke deres forutsetninger ved kommunal rehabilitering.

Alternativ 2 (basert på Alternativ 1, med endringer):

- Overføre en betydelig andel av kjøp av ytelser som muskel/skjelett, ortopedi og sykkelig overvekt til kommunene.
- Økt samhandling gjennom forpliktende samarbeid mellom kommuner, lokalt helseforetak og private/ideelle aktører.

Anbefaling fra arbeidsgruppen er alternativ to, men det bør nevnes at det ble dissens fra samtlige kommunale deltakere i arbeidsgruppe 3. Både alternativ 1 og 2 kan gi alvorlige konsekvenser for det samlede rehabiliteringstilbudet i vår region:

- De minste private/ideelle tilbydere mister driftsgrunnlag og må avvikles, og viktige fagmiljø innenfor rehabilitering pulveriseres
- En stor andel pasienter som overføres til kommunene får ikke det rehabiliteringstilbudet de har krav på
- Dersom helseforetakene ikke klarer å ta imot de pasientene som private tilbydere har ivaretatt tidligere, vil det bli økt grad av fristbrudd
- Det vil være en økt risiko for pasientstrøm ut av helseforetakene, spesielt fra Sør-Helgeland. Helse Midt gir mulighet for et godt rehabiliteringstilbud for denne målgruppen.

Fra et kommuneperspektiv er det å gå i feil retning når spesialisthelsetjenesten ensidig foreslår en oppgavedeling der store områder innenfor spesialisert rehabilitering overlates til kommunene, samtidig som en reduserer grunnlaget til de private og ideelle institusjonene.

Spesialisthelsetjenesten og kommunene må se oppgaveløsningen i et større fellesskap om en skal nå målsettingen med en bærekraftig organisering som lar seg bemanne.

Dersom størstedelen av spesialisert rehabilitering skal overføres kommunen, må dette synliggjøres og gi en forskyvning i økonomi og personell fra sykehus til kommune. I rapporten beskrives en ønsket dreining i spesialiserte rehabiliteringstjenester fra døgnbehandling til dagbehandling/ poliklinisk behandling. Geografi og den demografiske utviklingen i Nord-Norge tilsier at dette ikke er realistisk i like stor grad som i andre Helseforetaks nedslagsfelt. Poliklinisk behandling vil kunne være gjennomførbart nært større befolkningskonsentrasjoner hvor også den demografiske utviklingen med flere eldre ikke er like stor som i distriktene.

En ensidig sentralisering av rehabiliteringstilbudet gjennom nedskalering av kjøp fra private tilbydere, vil medføre at mange pasienter i Nord-Norge ikke får forsvarlige rehabiliteringstjenester. Gruppen skrøpelige eldre og multisyke i distriktene vil ikke kunne benytte polikliniske rehabiliteringstilbud på grunn av lang reisevei. Ved en nybygging av desentralisert rehabiliteringstilbud vil konsekvensen bli en økning i akutte/re-innleggelser i sykehus, og en økt belastning på kommunene med pasienter med behov for mer personellkrevende og kostbare helse- og omsorgstjenester. Dette vil igjen gi økte kostnader både for sykehus og kommune og ventetiden til nye pasienter kan bli forlenget.

Rapporten sier ikke noe om hverken konsekvenser ved dreining av bemanning fra sykehus til kommune eller økonomiske incentiver til kommunene iht. mandatet og strukturer som skal sikre bærekraftig bemanning. Den økonomiske dreiningen med oppgaver over til kommunene fra sykehus bør også medfølge midler og kompetanse fra sykehus til kommune. For å sikre ressursfordeling og riktig kompetanse til pasient må det utarbeides en felles strategiplan for hvordan vi sammen kan håndtere nevnte utfordringen.

Opptappingsplanen for rehabilitering (2017-2019) vektlegger god samhandling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. Planen har en klar målsetting om at mer av rehabiliteringsvirksomheten bør foregå i kommunene. Kommunene må derfor øke kompetansen, samordne og utvikle rehabiliteringstjenestene. Det vil ikke bli gjennomførbart om tilbudet i spesialisthelsetjenesten reduseres før tilbudet i kommunene er styrket tilstrekkelig. Dette krever samhandling og kompetanseoverføring fra spesialisthelsetjenesten til kommunene.

Kommunene har nå økt fokus på rehabilitering i heimen som bruk av digital hjemmeoppfølging og det utvikles digital behandling fra spesialisthelsetjenesten i kommunene, noe som gir nye muligheter. En slik tilnærming reduserer behovet for innleggelser og reisetid til sykehus, samtidig som det medfører nye oppgaver og økning av personell til kommune. Denne vridningen av tjenester kan ikke erstatte sentralisert rehabilitering med tverrfaglig tilbud, samtidig som det gir en reduksjon av senger, reisetid og bruk av personell i spesialisthelsetjenesten. Dette krever økt faglighet og økt bruk av helsepersonell i kommunene, hvor samhandling mellom tjenestenivåene vil være viktig for å lykkes.

Helgeland består av mange små kommuner uten mulighet til å kunne bygge opp robuste fagmiljø for å ivareta innbyggere sitt behov for rehabilitering. I tillegg har pasientene i kommunene i dag diagnoser som er mer kompliserte og sammensatt enn tidligere. Mange små kommuner mangler kompetanse innenfor logopedi, ergoterapi og andre yrkesgrupper som er essensiell for å gi et helhetlig tilbud om rehabilitering.

Kommunene er per i dag innrettet mot rehabilitering av lettere pasientforløp uten behov for spesialisert kompetanse. I lys av fremtidens utfordringer med rekruttering av helsepersonell vil det være urealistisk å forvente at alle kommuner skal kunne tilby tverrfaglig rehabilitering som tilfredsstillende kommerende behov. Rehabiliteringstjenester er tjenester som bør ytes nært der folk bor. Erfaringsvis ser en at de med størst rehabiliteringspotensiale takker nei dersom det blir for store reiseavstander, med ytterligere press på både spesialisthelsetjenesten og

kommunehelsetjenesten som resultat. For pasientene vil dette naturlig nok føre til forringet livskvalitet.

2.2 Forslag til andre endringer i funksjons- og oppgavedeling innen rehabilitering og private tjenester, som kan bidra til en bærekraftig helsetjeneste.

Innspill:

Helgeland har i dag kun 5 spesialistsenger innen kompleks rehabilitering som er lokalisert ved Helgelandssykehuset HF, Sandnessjøen. Helse Nord har redusert timer ut mot private aktører som har resultert at vi har mistet tilbud på Helgeland i form av Helgeland rehabilitering. Rehabilitering er et fagområde som er særdeles viktig for å sikre at man har likeverdige tjenester. Helse Nord sin definisjon er at man skal ha et likt tilbud som i andre deler av landet. Det er de færreste av kommunene som har mulighet til å gi et godt nok rehabiliteringstilbud særskilt i de mest komplekse tilfellene.

Rehabilitering i Nord-Norge er underdimensjonert. Styrking av tidlig rehabilitering i sykehusene vil derfor være et viktig tiltak for å styrke rehabiliteringstilbudet i sin helhet. Rehabilitering vil være et viktig virkemiddel for å kunne møte fremtidige demografiutfordringer også for spesialisthelsetjenesten. Helse Nord har over tid bygget ned tilbudet om spesialisert rehabilitering i landsdelen. Dette har i liten grad vært gjort på et faglig fundert grunnlag, uten at kommunene har vært involvert og uten at kommunene har vært i stand til å overta rehabilitering som krever spesialisert, tverrfaglig og intensiv tilnærming. Dette har over tid svekket tilbudet til innbyggerne, og er utfordrende sett i lys av Helse Nord sitt sørge for – ansvar.

Forslag til tiltak og utviklingsområder innen rehabilitering som kan sikre bærekraft i vår felles helsetjeneste:

Etablering av et rehabiliteringstilbud i regi av kommunene (IKS) med etablert samhandling med spesialisthelsetjenesten vil bidra til at vi kan gi et godt tilbud til befolkningen på Helgeland. Vi vil her fremme forslag om en pilot med felles organisering/samordning av spesialist- og kommunehelsetjeneste på Helgeland, for levering av spesialiserte, tverrfaglige og intensive rehabiliteringstjeneste til innbyggerne på Helgeland. Et samarbeid mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten vil kunne bidra til at begge nivå klarer å levere forsvarlige tjenester til en aldrende befolkning.

Dette vil være en pilot der en organiserer spesialist- og kommunehelsetjenester under samme tak. Både geografi og demografi er krevende innen vårt område, og det er også krevende for både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten å klare å rekruttere riktig kompetanse. En samordning vil derfor sikre bærekraftig drift i et område der kommunene hver for seg ikke klarer å yte disse tjenestene. Et samarbeid vil også kunne bidra til å kunne begrense behovet for spesialisthelsetjenester.

En pilot vil kunne teste ut potensialet som ligger i denne type samarbeid hvor en samler kompetanse i team på tvers av nivåene innen rehabiliteringsfeltet. En slik organisering vil også kunne bidra til at spesialisthelsetjenesten i større grad vil kunne ivareta sitt veiledningsansvar overfor kommunene, og kommunene vil i større grad bli i stand til å ta det ansvaret som følger av Samhandlingsreformen.

Gjennom å samle spesialisthelsetjenester og kommunehelsetjenester under samme tak, vil en kunne teste ut nye tjenestemodeller som vil kunne bidra til bedre rehabiliteringsforløp for pasientene på Helgeland, og mer sømløse tjenester på tvers av nivåene.

En pilot etablert vil kunne bidra til økt bærekraft mtp tilgang til helsepersonell. I tillegg vil denne type samarbeidsprosjekt være sterkt rekrutteringsfremmende, noe som vil bidra til et stabilt rehabiliteringstilbud i regionen, og sikre likeverdige rehabiliteringstjenester for Helgelands befolkning uavhengig av hvilken kommune de bor i. I tillegg vil en pilot kunne være et godt utgangspunkt for å utvide og teste ut andre områder som krever stor grad av tverrfaglig kompetanse og nærhet til tjenestene.

Dette anbefaler vi utredes nærmere da det vil gi flere gevinster både for kommunen og for spesialisthelsetjenesten. Tiltaket vil møte deler av våre felles utfordringer både i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenestene.

3. Samordning av primær- og spesialisthelsetjenesten

Kommuner og helseforetaks innspill til foreslåtte modeller for samordning av primær- og spesialisthelsetjenesten. Vi ber spesielt om konkrete forslag til piloter innen områdene:

3.1 Geografisk samlokalisering og samordning av helse- og omsorgstjenesten med felles faglig og administrativ ledelse

Innspill:

På Helgeland er det flere områder hvor det vil ha en stor verdi å iverksette konkrete tiltak/prosjekt knyttet til samlokalisering og samordning av tjenester.

- Rørosmodellen

Den vil være veldig aktuell og er ideell i forhold til flere av kommuner på Helgeland. Modellen har flere positive gevinster. Erfaringen fra prosjektet som nå er gått over til ordinær drift er at det har ført til økt trygghet for helsepersonell i akuttmedisinske situasjoner og bedret ressursutnyttelsen. Det siste er særdeles viktig da ambulanspersonell i beredskap kan utføre oppgaver i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Dette vil også opprettholde og videreutvikle medisinsk-faglig og operativ kompetanse i ambulansetjenesten. Modellen tar også sikte på å øke den generelle helsekompetansen i befolkningen noe som er nevnt som et innsatsområde knyttet til at moderne medisin stadig blir mer kompleks, men også for at den enkelte skal kunne ta bedre valg knyttet til helse.

- Samlokalisering av legevakt med akuttmottak

Kommunene har utfordring knyttet til rekruttering av fastleger. NÅ-situasjonen for mange er høyt vikarbruk som fører til manglende stabilitet som igjen kan føre til redusert kvalitet i 1.linjetjenesten. En samlokalisering vil kunne være rekrutterende, man kan sambruke støttepersonell og dele kompetanse. I tillegg vil en kunne optimalisere pasientforløpene med tidlig diagnostikk som fører til en bedre avklaring av behov for innleggelse i sykehus.

I Nasjonal helse- og samhandlingsplan støttes dette opp med at regjeringen vil vurdere endringer i finansieringsmodellen som legger til rette for tverrfaglighet, samhandling og medisinskfaglig prioritering (Meld.St.9:120)

- Felles innsatsteam

Mange brukere og pårørende opplever at koordineringen av helse- og omsorgstjenestene mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten ikke er gode nok. I nasjonal helse- og samhandlingsplan peker en særskilt på at overgangene innad og mellom tjenestenivåene er sårbare (Meld.St.9:51). Flere kommuner på Helgeland arbeider med å få på plass innsatsteam. Rana er den kommunen på Helgeland som har hatt det lengst og de har høstet veldig god erfaring. Modellen som de har utviklet ses på av andre kommuner.

Utfordringen kommunene ofte møter er ulik forståelse og kunnskap over hva kommunen kan tilby av tjenester. Med et felles tverrfaglig innsatsteam bestående av ansatte fra kommune og spesialisthelsetjenesten vil man kunne arbeide sammen med planlegging av utskrivning av pasientene og sammen vurdere videre behov for bistand. Dette vil kunne bedre overgangen fra spesialisthelsetjenesten til kommunene og sikre et bedre pasientforløp.

- Psykisk helse – og rus

Innen psykisk helsevern bør det utredes hvordan man kan organisere felles inntak for henvisning til primær- og spesialisthelsetjeneste innen psykisk helse og rus. Dette vil bidra til å sikre rett tjeneste, til rett pasient, til rett tid. Det bør etableres pilotprosjekter i enkelte kommuner som ønsker å teste ut og danne seg erfaringer på denne type organisering.

I tillegg bør det tas initiativ til etablering av samarbeidsprosjekt mellom DPS og kommunehelsetjeneste hvor man ser på mulighetene for å samlokalisere primær- og spesialisthelsetjenesten for psykisk helse og rus i de kommuner hvor dette er formålstjenlig.

Det bør videre etableres interkommunale samarbeid rundt utredning, behandling og oppfølging av psykisk syke, samlokalisert med DPSene. DPSene bør tilby halvårspraksis i forbindelse med spesialiseringsforløpene til allmennleger.

I større grad må en se på mulighetene for å etablere FACT team/FACT-ungtd tilbud på Helgeland. Dette er team som sikrer god oppfølging, samhandling og koordinering av tjenestene til de sykeste pasientene.

3.2 Fleksibel bruk av senger i døgnenheter på tvers av tjenester

Innspill:

Kommunene opplever at pasientene som blir lagt inn i KAD/ØHD seng stadig blir skrøpelige. Pr i dag er det lege på vakt i kommunen som har ansvaret for disse pasientene. En samordning/samhandling rundt disse pasientene vil kunne føre til bedre og styrket behandling.

I *Tid for samordning* viser de til at målet er at pasientene skal ha tidsavgrensede opphold som er i gråsonen mellom kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten (*Tid for samordning: 41:24*).

3.3 Kommunale døgnenheter med økt støtte fra spesialisthelsetjenesten

Innspill:

Ved DMS Brønnøysund er det planlagt for drift av intermedisærsenger. Helgelandssykehuset har frem til i dag ikke prioritert å starte opp denne tjenesten og avdelingen er i dag ikke i bruk til det formålet som det ble bygd for. Avdelingen står i dag med flere ledige senger/rom.

Intermediær avdelingen ble bygd nettopp med tanke på geografisk samlokalisering og samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjenesten. I tilknytning til kommunens tjenester på stedet

finnes kompetanse og tjenesteproduksjon som kan bidra inn i spesialisthelsetjenesten. På samme måte vil personell og kapasitet hos spesialisthelsetjenesten kunne bidra med kompetanse og tjenester i kommunetjenestene og dermed sikrer bedre helse til regionens innbyggere.

Sengene vil ha en verdi for pasientene som kan skrives tidligere ut fra sykehus og ha en verdi for spesialisthelsetjenestene som kan skrive pasientene tidligere ut fra sykehus. I DMS'et har de tilgjengelige utrednings-, kompetanse- og beslutningsstøtte fra spesialisthelsetjenesten som vil være tilstrekkelige jamfør *Tid for samordning*.

3.4 Teammodeller som i større grad understøttes av digitale verktøy

Innspill:

3.5 Andre forslag til tiltak og utviklingsområder som kan sikre bærekraft i vår felles helsetjeneste.

Innspill:

Kommunene må i likhet med sykehusene se på nye måter å organisere tjenestene. Et godt eksempel på det er *TØRN* som inneholder en rekke nødvendige tiltak som gir en større stabilitet med bedre fagdekning, bedre oppgavedeling og større andel som arbeider heltid (*Tørn – Sammen om fremtidens helse og omsorg - KS*).

Alstahaug kommune blir i denne sammenheng løftet fram nasjonalt med bakgrunn i at man har lykkes med tiltakene som er i *Tørn* (Hva koster heltid, Fafo 2024). Det viser at det er mulig å sikre en stabil drift på tross av det utfordringsbildet vi har knyttet til demografi, tilgang på arbeidskraft og økonomi.

Samordning og samhandling mellom kommunene og sykehus er viktig for sammen å gi et bedre helhetlig helsetilbud. I den forbindelse kan sambruk av personell være aktuelt. I Nasjonal helse- og samhandlingsplan viser man til flere helseregioner som har prøvd det ut. På Helgeland er det et ubenyttet potensial. I dag kjemper man om de samme ressursene. Samarbeid kan gi en rekke positive gevinster i form av deling av kompetanse og læring på tvers. Et etablert samarbeid vil også kunne åpne opp for felles prosjekt som kan bedre pasientforløpene mellom kommune og spesialisthelsetjenesten.

Helgeland har i dag kun 5 spesialistsenger innen kompleks rehabilitering som er lokalisert ved Helgelandssykehuset HF, Sandnessjøen. Helse Nord har redusert timer ut mot private aktører som har resultert at vi har mistet tilbud på Helgeland i form av Helgeland rehabilitering. Rehabilitering er et fagområde som er særdeles viktig for å sikre at man har likeverdige tjenester som pr. Helse Nord sin definisjon er at man skal ha et likt tilbud som i andre deler av landet. Oppgavene innen rehabilitering skyves over til kommunene og pr. i dag er det de færreste av kommunene som har mulighet til å gi et godt nok tilbud særskilt i de mest komplekse tilfellene.

Etablering av et rehabiliteringstilbud i regi av kommunene med etablert samhandling med spesialisthelsetjenesten vil bidra til at vi kan fortsette å gi et godt tilbud til befolkningen på Sør-Helgeland. Dette bør utredes nærmere da det vil gi flere gevinster både for kommunen og for spesialisthelsetjenesten.

4. Andre innspill til tiltak som kan gi økt bærekraft i vår felles helsetjeneste.

Innspill:

Helgeland er den regionen hvor utfordringer knyttet til endret demografi kommer først. Fram mot 2040 vil antallet over 80+ nesten doble seg. I tillegg går andelen av den yrkesaktive delen av befolkningen ned. Nær 90 % av helsetjenestene er ute i kommunene. Det betyr at vi må finne bærekraftige løsninger som fortsatt skal gi gode helsetjenester i kommunene og i sykehusene. Kommuneøkonomien er under press og det gjør det ekstra utfordrende å klare å gjøre de endringene som må gjøres for å klare å opprettholde dagens tjenestenivå. I tillegg har mange kommuner i likhet med sykehus behov for nye bygg som gjør en i stand til å drifte mer rasjonelt med å kunne ta i bruk ny teknologi og organisere tjenestene på en bedre måte.

Siden samhandlingsreformen kom har oppgavene og ansvaret for helsetjenestene i stor grad blitt overført til kommunene, det uten at det har blitt kompensert tilstrekkelig. Innomed har bistått med nærmere 50 samhandlingsprosjekter mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten, det innen målgruppene som er definert i «*Tid for samordning*». Erfaringene fra prosjektene viser at det er stort potensial for gevinster når tjenestene flyttes nærmere innbyggerne og at sykehus og kommunene samarbeider. Derimot beskriver de at det oppstår en forskyvning av kostnader fra spesialisthelsetjenesten til kommunene. Det gjelder i hovedsak kostnadsfordeling og bruk av takster. De viser til en rekke eksempler. Ett eksempel er digital hjemme-oppfølging som bla. nå testes ut på Helgeland. Utfordringen ligger i at når prosjektet skal over i drift vil det slik det er i dag føre til at kommunene må ta kostnadene knyttet til oppfølging av pasienter, kostnader til lisenser og logistikk (Notat om finansiering av samhandlingstjenester, Innomed:2023).

I Nasjonal helse- og samhandlingsplan beskrives det at man skal se på finansieringsordninger som kanskje vil løse dette. Det vises til at man innfører et nasjonalt samhandlingsbudsjett som skal kunne brukes i de respektive helsefellesskapene. Helse Nord har mottatt 40 millioner hvor Helgeland i beste fall vil kunne disponere ca. 6 millioner til samhandlingsprosjekt. Det er på langt nær tilstrekkelig for å kunne iverksette flere prosjekt. Skal vi lykkes er det helt avgjørende at man ser på ytterligere tiltak knyttet til finansiering for at man skal få i gang gode prosjekter som vil bidra til å sikre likeverdige og bærekraftige tjenester for hele regionen.