

ST. OLAVS HOSPITAL

Seksjon for samhandling

utviklingsplan@stolav.no

## **Høringsuttalelse fra kommunene som har samarbeidsavtale med St. Olavs hospital til sykehusets Utviklingsplan 2018-2022/2035**

Det vises til brev fra St. Olavs hospital 16.11.2017 der sykehuset ber om uttalelser fra kommunene om innholdet i Utviklingsplanen med høringsfrist 15.01.2018. Kommunene anmodes om å sørge for at fastlegene får anledning til å uttale seg.

Regionene/kommunene har hatt ulik tilnærming til prosessen med sine fastleger, men KS legger til grunn at fastlegene som gruppe er trukket inn i arbeidet med uttalelsen.

Kommunene har hatt ulike prosesser i tilnærmingen av oppgaven, men kommunene har ønsket å gi en samlet uttalelse til St. Olavs hospital.

Høringsuttalelsen som oversendes er bearbeidet administrativt av KS Trøndelag.

Trondheim kommune har 12 vedtakspunkter i sin uttalelse og et saksframlegg fra rådmannen. Kommunene i Trondheimsområdet slutter seg til Trondheim kommune sin uttalelse. De andre kommunene/regionene slutter seg også til denne uttalelsen. I tillegg velger de andre kommunene/regionene å kommentere/forsterke disse punktene og samtidig trekke fram punkter som Trondheim kommune ikke har berørt/berørt i mindre grad.

Trondheim kommune sin uttalelse er behandlet og vedtatt i formannskapet.

Trondheim kommune sin uttalelse blir oversendt i egen ekspedisjon fra Trondheim kommune.

### **Trondheim kommune's 12 punkter**

1. Trondheim kommune støtter Utviklingsplanens beskrivelse av et økende behov for helsetjenester pga flere eldre, flere med kronisk sykdom, økte pasientrettigheter, økte brukerforventninger og nye behandlingsmuligheter. Dette er utfordringer kommunene i betydelig grad også berøres av. Trondheim kommune vurderer at St. Olavs hospitals planer om å møte disse utfordringene uten å øke sengetall, poliklinikkarealer eller personaldekning, vil være svært krevende for kommunehelsetjenesten.

2. Trondheim kommune vil understreke at pasienters rett til og tilgjengelighet til spesialisthelsetjenester må sikres også i fremtiden.

3. Trondheim kommune støtter St. Olavs hospitals strategi om økt helsefremmende og forebyggende aktivitet både overfor pasienter som behandles på sykehuset og i samarbeid med kommunehelsetjenesten. Trondheim etterlyser konkretisering av dette arbeidet.

4. Trondheim kommune støtter St. Olavs hospitals strategi om å delta i prioriteringsdebatten om hvilke tjenester som ikke skal være det offentliges ansvar.

5. Trondheim kommune vurderer at de formelle samarbeidsorganene må ivareta samarbeidsavtalens prinsipp om ikke å endre oppgavefordeling mellom kommune og foretak uten at begge partene er involvert. Prinsippet om ikke å endre oppgavefordelingen uten at det er avtalt mellom partene må også gjelde i den daglige samhandling mellom tjenesteutøvere i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

6. Trondheim kommune vurderer at St. Olavs hospital må forsterke arbeidet med å tilby henvisende lege kvalifisert og tilgjengelig veiledning, tilby polikliniske tjenester som øyeblikkelig hjelp og tilby ambulante tjenester som alternativer til øyeblikkelig hjelp-innleggelser.

7. Trondheim kommune vurderer at fastlegenes og kommunens tilgang til pasientopplysninger, oppdatert kunnskap og vurdering av prognose og nødvendig oppfølging fra spesialisthelsetjenesten gjennom samhandling og i fremtiden gjennom felles journalsystem, vil medføre bedre rammer for samhandling. Trondheim kommune vil understreke at slik deling av informasjon ikke må føre til at kommunale tjenesteytere blir satt til å utføre spesialisthelsetjenester.

8. Trondheim kommune støtter St. Olavs hospitals strategi om økte ambulante spesialisthelsetjenester slik at pasienter med psykiske lidelser, kroniske sykdommer, inkludert kreft kan få tilpassede spesialisthelsetjenester i hjemmet når dette er hensiktsmessig.

9. Trondheim kommune støtter St. Olavs hospitals strategi for å utvikle bedre tjenester og gi hjelp til egenmestring til multimorbide og kroniske syke for dermed å redusere behovet for spesialist- og kommunehelsetjenester til disse gruppene. Trondheim etterlyser konkretisering av dette arbeidet.

10. Trondheim kommune støtter St. Olavs hospitals strategi om å skifte fra problemorientert og over til målorientert helsetjeneste for å styrke pasient- og brukermedvirkning samt å sikre en mer helhetlig tilnærming.

11. Trondheim kommune vurderer at et godt samarbeid mellom Trondheim kommune og St. Olavs hospital om helhetlige pasientforløp etter BEON - prinsippet (Beste effektive omsorgsnivå), er viktig for effektiv og sikker pasientbehandling, hensiktsmessig oppgave- og ansvarsdeling og best mulig utnyttelse av de samlede ressursene i helsetjenestene. Realisering av Helseplattformen vil stille ytterligere krav til dette samarbeidet.

12. Trondheim kommune mener det trengs tydelige rekrutteringsstrategier for flere ansatte i helsesektoren i årene som kommer. Endringer i demografi og samhandlingsreformen øker ikke minst behovet for flere sykepleiere i kommunene. Rekrutteringsstrategiene til St. Olavs Hospital og kommunen bør sees i sammenheng.

## **Kommentarer fra de andre kommunene utenfor Trondheimsområdet**

*Innledningsvis kommenterer kommunene at prosessen med å rigge et planprosjekt av dette omfang, en plan som involverer begge partene i Samarbeidsavtalen, burde ha involvert kommunene fra dag 1 og ikke «fått tildelt en plass» etter at prosjektet var påbegynt. Kommunenes representant deltok på sitt første møte i februar 2017 og da var prosjektet allerede organisert og påstartet.*

*På vegne av kommunene i Sør-Trøndelag utarbeidet KS en kommentar til Strategiplan 2030 – fremragende helsetjeneste. Her fremmet Helse Midt-Norge sine 4 strategiske mål. Vi savner mer konsistens mellom Strategiplan 2030 og det foreliggende utkast til utviklingsplan. Det vil også være ønskelig at St. Olavs hospital tilstreber en utviklingsplan som understøtter konsistens og forutsigbarhet i dialogen med kommunene som er opprettet gjennom Samarbeidsavtalen. Strategiplanen er nevnt i handlingsplanen, men den er ikke konkretisert. Vi gir derfor følgende merknader til de 4 strategiene i HM-N sin plan i relasjon til sykehusets utviklingsplan:*

### *Pasientens helsetjeneste*

*Brukerperspektivet omtales flere steder i utviklingsplanen. Likevel mener vi at realisering av pasientens helsetjeneste tilsier ytterligere tiltak og konkretisering i utviklingsplanen. Involvering i prosess er neppe tilstrekkelig.*

*St Olavs hospital ble opprinnelig utviklet innenfor en pasientsentrert modell. I ettertid ser vi at modellen har beveget seg tilbake mot tradisjonelle faglige og administrativt isolerte siloer. Denne organiseringen oppleves som et hinder for leger i primærhelsetjenesten når de mottar informasjon om at henvisninger til sykehuset skal rettes direkte til en bestemt klinikk. Her ser vi en risiko for at pasienter med uklare og sammensatte problemstillinger vil falle mellom to stoler og få nødvendig helsehjelp utsatt. Her mener vi at sykehuset bør kunne utvikle sin organisasjon mot å integrere sine tjenester bedre.*

### *Kunnskap og teknologi*

*Vi anerkjenner at St Olavs hospital er generelt dyktig til å ta i bruk kunnskap og teknologi, og at samarbeidet med NTNU og SINTEF har bidratt til store framskritt for mange pasienter. Vi erkjenner samtidig at innovasjon ved St Olavs påvirker arbeidsdelingen med kommunene overfor pasientene. De pre- og posthospitale pasientforløp må derfor videreutvikles i årene framover, bl.a. gjennom kunnskapsdeling og presisering av grenselinjene for **partenes sørge - for ansvar**, og en omforent forståelse av kravene til faglig forsvarlighet. Innføring av ny teknologi påvirker gjerne kapasitetsplaner, både for sykehuset og kommunene. Framskrivninger kan gi en pekepinn på hva slike endringer vil innebære, men mer kortsiktig driftsplanlegging er konkret og bør deles mellom kommunene og St Olavs hospital. Med tanke på å bøte på de kapasitetsutfordringer som St Olavs allerede møter, vil vi oppfordre St Olavs med sine samarbeidsparter NTNU og SINTEF til å engasjere sine innovatører i å styrke samarbeid og bistand til kommunene for å utvikle og ta i bruk helse- og velferdsteknologi som kan avlaste behovet for spesialisthelsetjenester. Vi tar til etterretning at St Olavs styrker sin innsats innen pasient- og pårørendeopplæring.*

### *Rekruttere, utvikle og beholde høyt kompetent personell*

*Hele helsetjenesten etterspør tilgang til kompetent personell og strever tidvis med å beholde kvalifiserte medarbeidere. Det er en reell konkurransesituasjon mellom kommunene og sykehusene, og det synes å være dokumentert at kommunene per i dag har de største utfordringene, spesielt de mindre distriktskommunene som det er mange av. Målene om å få til oppgaveoverføring til kommunene vil ikke realiseres uten at personellressursene er til stede. Kommunene har en generell mangel på sykepleiere, leger og annet kvalifisert personell. Per i dag er det fortsatt vekst i rekrutteringen av nyutdannede kandidater ved sykehusene, og gapet mellom sykehus og kommuner øker. **Denne situasjonen er alvorlig og en reell trussel mot realiseringen av overordnede helsepolitiske mål.** Kommunene og St Olavs har gjensidig nytte av at det er kontinuitet på kompetent personell som kan bygge opp gjensidige faglige relasjoner. Det vil være i tråd med dagens og kommende krav til gjensidig veiledningsplikt.*

*Eksisterende samarbeidsfora med utdanningsinstitusjonene må revitaliseres. Det bør etableres et strategisk forum der utdanningsinstitusjoner, spesialisthelsetjeneste og kommunene er representert – som likeverdige parter. Kommunene og sykehuset må i fellesskap være «bestillere» av fremtidens helsepersonell. Fagråd må ha det operasjonelle ansvaret.*

### *Være gode lagspillere*

*Samarbeidsavtalen mellom St Olavs og kommunene har over få år forbedret lagspillet, og det er rom for videre utvikling. Inndeling i to forvaltningsnivåer og ulike finansieringsløsninger skaper utfordringer mellom partene.*

*Det er interessant at St Olavs ønsker å anvende «en populasjonsbasert risikotilnærming» (avsnitt 5.7) for sin framtidige ressursallokering for å maksimere nytte. Her pekes det på utvikling av pasientforløp som involverer begge forvaltningsnivåene. St Olavs ønsker også å vurdere om ramme-finansieringen og stykkprisfinansieringen er hensiktsmessig (avsnitt 5.19). Nye metoder og løsninger på disse problemstillingene må utvikles i samarbeid med kommunene. Her ser vi muligheter til et langsiktig samarbeid.*

## **DPS-/DMS-ene's rolle i framtidens helsetjenester**

*Vi savner en konkret plan for hvordan DPS og DMS skal utvikles sammen med kommunene herunder framtidig struktur, planer for videreutvikling og planer for funksjonsfordeling med andre sykehus i regionen.*

*DPS og DMS'ene er et viktig distriktspolitisk virkemiddel, men også som et viktig virkemiddel for sykehuset ved å stanse strømmen av pasienter til sykehuset og øke omløpshastigheten av pasientene når de er på sykehuset. DMS er et viktig ledd i helhetlig pasientforløp og avlastet spesialisthelsetjenesten ved bl.a. å ta imot hospitering fra kommunene, tilby nettbasert kompetanseheving og læring gjennom bl.a. Fosen Helsekompetanse og trening av ferdigheter gjennom Ferdighetslabben Fosen som ble etablert i 2017 og som er det eneste i sitt slag utenfor sykehuset.*

*DPS med ambulante funksjoner, tett tilstedeværelse og samhandling er viktig i distriktkommuner. Rask psykisk helsehjelp er en viktig del av psykisk helsearbeid. RPH bidrar til å hindre frafall fra skole, arbeidsliv og aktiv samfunnsdeltakelse.*

## **Forskning og utvikling**

*Kommunene ønsker å samarbeide mer med St. Olavs om forskning, utvikling og innovasjon under forutsetning av at samarbeidet har relevans for kommunenes utfordringer. Eksempelvis er området samhandlingsforskning for lite påaktet.*

## **Til planen:**

*Kommunene er enig med St. Olavs hospital i beskrivelsen av utfordringsbildet.*

*Utfordringsbildet må løses i fellesskap (samarbeid/samhandling). Kommunene må involveres som likeverdig part. I beskrivelsen av mandatet (1.2.1) går det ikke fram hvorvidt planen skal rulleres. Kommunene har behov for å forstå hvordan St. Olavs hospital ønsker å anvende utviklingsplanen i den strategiske dialogen med kommunene i årene framover.*

*Vi støtter analysen av retningen på framtidens helsetjeneste. Vi vil gjerne føye til Primærhelsemeldingen, Akuttmeldingen og Folkehelseloven til de strategiske føringene for Utviklingsplanen. Strategi 2030 er hensyntatt for lite og det har vi kommentert allerede.*

## **Helsefremmende og forebyggende aktivitet**

*Helsefremming og forebygging er et viktig område.*

*Forebygging, læring og mestring bør ha større fokus i utviklingsplanen. Vi er ikke flinke nok til å stimulere egenomsorg. F.eks. bør epikriser inneholde råd om «hvordan kan dette unngås i fremtiden».*

*Tiltaksplan/handlingsplan må utarbeides i samarbeid mellom partene.*

## **Fastlegene**

*Planen tar innover seg – pkt. 6/TK - et økt behov for dialog/kommunikasjon/veiledning fra spesialisthelsetjenesten til henvisende lege. Dette må være et prioritert område for å sikre behandling på beste effektive nivå (jfr. også pkt. 11 i TK's uttalelse). Det bør bli en tettere dialog for bedre og tydeligere avklaring og dette må også sees ift å dempe veksten i sykehus og redusere behovet for helsetjenester. Det er et potensiale i å utnytte kapasitet i*

kommunene, f.eks. utnytte kommunal ø-hjelp/KAD-senger, bruk av intermedieære sengeplasser og desentralisert poliklinisk tilbud.

Dersom kommunene **har tilgang til** den riktige legekompentansen (spesialist i geriatri) gjennom spesialistpoliklinikken, kan kommunene gi flere helsetjenester til de eldste eldre for å unngå en svingdørseffekt på slutten av et (langt) livsløp.

Fastlegene rapporterer om uønsket oppgaveoverføring fra sykehuslegene. Konkret betyr det at kommunene imøteser at St Olav vil arbeide mer aktivt med å ferdigstille pasienten før hjemreise. Det vil lette samarbeidet med det kommunale hjelpeapparatet og redusere arbeidsbyrden til fastlegene. Fastlegene mener at sykehusleger selv bør rekvirere sine røntgenkontroller, sine timeavtaler til polikliniske kontrollerer og foreta blodprøvetaking som de selv har rekvirert. Da vil sykehuslegene også motta prøvesvarene direkte, og de vil få anledning til å fullføre pasientforløpet uten unødig tap av tid.

Blant legevaktleger rapporteres det som potensiell pasientrisiko at våre leger tidvis opplever motstand fra sykehusleger mot å ta imot akutte pasienter for vurdering, av hensyn til plassmangel. Plassmangel/kapasitetsmangel er en problemstilling som St Olavs må være forberedt på å arbeide tungt med gjennom hele planperioden. Kommunene bør inviteres til ytterligere samarbeid om ROS-analyser omkring kapasitetsutvikling og helhetlige pasientforløp for å ivareta partenes **gjensidige sørge - for ansvar**.

Verktøy for dialog, som Helseplattformen, kan gjøre samhandlingen lettere. Sykehuset anbefales også å abonnere på NEL (Norsk elektronisk legehåndbok), slik som kommunene gjør. I dialog med brukerne vil det være nyttig at begge nivåer har samme verktøy.

### **Oppsummering**

Utviklingsplanen bør føre til enda bedre samhandling mellom partene for å gi enda flere og bedre pasientopplevelser

Utviklingsplanen bør tydeliggjøre føringer i og sammenheng med nasjonale dokumenter og regionale strategiske planer

Partene er gjensidig avhengig av nok helsefaglig kompetanse på ulike nivå i helsetjenesten for å dekke sørge – for ansvaret

Partene er avhengig av at nasjonale myndigheter gir økonomiske rammer til å utføre sørge – for ansvaret

Overføring av oppgaver mellom partene må være konsensusbasert

Ordningen med fastlegene må forbedres dersom vi skal få en helhetlig helsetjeneste for innbyggerne i regionen og samhandlingen mellom sykehuslegene og fastlegene må forbedres

Forebygging, læring og mestring blir sentralt for å kunne håndtere den demografiske utviklingen i planperioden på en tilfredsstillende måte

## **Sluttkommentar**

*Foretakene i Trøndelag/Midt-Norge har overlappende funksjoner for Værnesregionen, SiO og Fosenregionen. Sykehus/helseforetaksstruktur er ikke berørt i utviklingsplanen. Med bakgrunn i Trøndelag som ny region (fylke), anses det hensiktsmessig at endring av foretaksstruktur vurderes for å oppnå bedre ressursutnyttelse, effektivisering og utnyttelse av kapasitet og kompetanse.*

*Værnesregionen mener avtaleverket (samarbeidsavtaler og tjenesteavtaler/retningslinjer) bør harmoniseres mellom HF`ene mot 2020. Dette innebærer vurdering av sammenslåing av PSU, ASU og fagråd.*

Trondheim, 12.01.2018

Tor Langvold

rådgiver

KS Trøndelag