

Høringssvar fra helseledernetverket i Interkommunalt politisk råd (IPR) Trøndelag Sørvest på høring om Rapport 14. Juni 2023 “Helhetlig og diagnoseuavhengig pasientforløp for skrøpelige eldre og håndtering av utskrivningsklare pasienter i helsefellesskapet”

Helseledernetverket i Trøndelag Sørvest, lakseregionen består av kommunalsjefer for helse og kommuneoverleger fra kommunene Surnadal, Rindal, Rennebu, Frøya, Hitra, Heim, Orkland og Skaun.

1. Overordnede innspill til rapporten, kompleksitetsbildet og forslag fra helseledernetverket i Trøndelag Sørvest, lakseregionen.

Helseledernetverket ønsker å berømme arbeidsgruppene med hurtig og godt arbeid, og komme med vårt bidrag for videre arbeid med rapporten i helsefellesskapet.

Helseledernetverket anser problematikken rund utskrivningsklare pasienter til å være særdeles kompleks i sin natur. Komplekse problemer mangler tydelighet i deres form og mulige løsninger, blant annet fordi de er viklet inn i rammer og begrensninger, som gjør det svært utfordrende å isolere delelementer av problemene og mulige løsninger (CO-Pi 2022, s 5).

Kompleksiteten i problematikken påvirkes/skapes av mange forskjellige faktorer. Dette kan for eksempel være mangel på kompetanse, hender og tilgjengelige institusjonsplasser i kommunene. Det kan handle om kommunikasjon og samhandling mellom spesialisthelsetjenesten, fastlegen og helsetjenestene i kommunene. Ulik organisering innad i kommunene, kommunenes størrelse, avstand fra sykehus er en faktor som påvirker. Det kan handle om reguleringer i lov og forskrift som står i veien for varige lettvinte løsninger, for eksempel § 4-1 annet ledd i forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie, eller bestemmelser i lov og forskrift som gir føringer på hvor fort en kommune kan løse for eksempel et arealbehov. På forespørsel til en planavdeling i en av kommunene i regionen, angis 5 år som absolutt minste tid fra et behov om ny bygningsmasse blir meldt til byggetas i bruk, og ved omregulering og ombygging av eksisterende bygg tar prosessen i beste fall 2 år. Det kan handle om arbeidsmåter eller nedtak av kapasitet og sengeplasser innad i spesialisthelsetjenesten. Det kan også handle om kommunikasjon med pasient/bruker og dennes pårørende. Kulturforskjeller i de forskjellige kommunene og spesialisthelsetjenesten og utfordringer knyttet til den perspektivtaking og forståelse som er nødvendig for god samhandling til det beste for pasienten er nok også av betydning. Det kan også handle om helt utenforliggende årsaker, som økt bosetting av flyktninger og etablering av asylmottak. I tillegg kan det handle om mangel på forebyggende tiltak for å forhindre skrøpeligdom og sykdom, helsekompetansen i befolkningen, krav i befolkningen med tanke på tjenestenivå og organisering av tjenestene.

Helseledernetverket ber om at helsefellesskapet i behandlingen av rapporten og problematikken rundt skrøpelige eldre og utskrivningsklare pasienter tar stilling til om kompleksiteten i problemstillingene er godt nok utredet, slik at vi samlet sett treffer godt med tiltakene.

Rapporten presenterer tiltak som lener seg på Helseplattformen. Helseledernetverket ser at det kan være en utfordring med 2 års perspektiv, knyttet til at flere av kommunene i vår region ikke skal på helseplattformen innen 2 år. Helseledernetverket mener det derfor må utarbeides en alternativ plan eller egne tiltak for å ivareta dette. I tillegg bør det legges en plan for de tiltakene som knytter seg til Helseplattformen som ivaretar disse tiltakene for kommuner som bestemmer seg for ikke å ta i bruk Helseplattformen.

Helseledernetverket ber om at det i rapportens vedlegg 9 fremheves tydeligere at det i e-meldingsdialog ved utskrivningsklare pasienter må inneholde en beskrivelse av funksjonsnivå hos den aktuelle pasienten. Dette er essensielt for at kommunene skal kunne planlegge riktig tjenestetilbud.

Helseledernetverket ønsker også å komme med et forslag om at det kanskje burde vært utredet muligheten for en egen poliklinikk for sammensatte/krevende sykdomsløp. Kommunene opplever en del pasienter med sammensatte/uklare problemstillinger, hvor vi ikke klart kan si hvor disse hører hjemme i et utredningsløp hos spesialisthelsetjenesten. Vi kommer til å få veldig mange multisyke fremover og det blir en svært krevende oppgave for fastlegen å følge opp alle disse. Kanskje spesialisthelsetjenesten da kan gjøre en komprimert utredning/se hele pasienten ved henvisning, i stedet for at pasienten må henvises multiple ganger til ulike avdelinger hos spesialisthelsetjenesten, med dertil ventetid. I slike krevende løp virker det i dag utfordrende for behandlere å få over tidligere vurderinger samt gjøre gode, helhetlige vurderinger av videre løp og behandling for pasienten. En komprimert utredning ville nok spart hele helsetjenesten for tid.

Klarer vi en god struktur og utvidelse av arbeidsgruppe 1 sitt pasientforløp, så kan vi kanskje klare både å unngå innleggelse og ta imot på en god måte, men det må sikres lik opplæring og forståelse av begreper, samt respekt for at man ikke på vegne av hverandre skaper urealistiske forventninger.

2. Våre innspill til rapport fra arbeidsgruppe 1 – helhetlig og diagnoseuavhengig pasientforløp for skrøpelige eldre.

2.1. Tilbakemelding på tiltakene sett i fht effektmålene:

Effektmål 1: Tidligere oppdagelse og forebygging av akutte hendelser ved skrøpelighet

Helseledernetverket er enige i at innføring av CFS som verktøy vil kunne bidra til tidligere oppdagelse og forebygging av akutte hendelser ved skrøpelighet, og at det foreslåtte e-læringsprogrammet vil kunne være med å sikre gode vurderinger og riktig skåring.

Effektmål 2: Mer effektiv kommunikasjon og felles planlegging rundt enkeltpasienter mellom kommunal 1 linjetjeneste, fastleger og sykehus

Helseledernetverket mener at mener at CFS som verktøy vil kunne bidra til dette effektmålet.

I tillegg foreslår helseledernetverket at man i fortsettelsen av arbeidet med denne rapporten retter oppmerksomheten til den kompleksiteten som utfordrer kommunene og spesialisthelsetjenesten når det gjelder pasient-/brukergruppen skrøpelige eldre. Slik vi redegjorde for under dette dokumentets avsnitt 1. Helseledernetverket har forståelse for at spesialisthelsetjenesten umulig kan ha oversikt over utfordringsbildet i den enkelte kommune i et så stort helsefelleskap, og foreslår at man i det videre arbeidet med rapporten har oppmerksomheten rettet mot å etablere digitale samhandlingspunkt eller annen direktekontakt mellom kommunal 1 linjetjeneste, fastleger og nødvendig spesialistkompetanse ved sykehus knyttet til felles planlegging rundt enkeltpasienter. St Olavs hospital har en kontaktttelefon, men denne betjenes av vakthavende lege, som ofte ikke innehar den spesialistkompetansen som er nødvendig i dialog om skrøpelige, multimorbide pasienter.

Effektmål 3: Redusere antall øyeblikkelig hjelp-innleggelse for skrøpelige eldre

Helseledernetverket er enige i at når det er til pasientens beste, og det er mulig, så skal både pasientgruppen skrøpelige eldre og alle andre pasientgrupper få nødvendig helsehjelp i kommunen.

Slik helseledernetverket leser rapporten, anbefaler vi at helsefellesskapet i oppfølgingen av rapporten arbeider videre med tiltak for å hindre innleggelse i utgangspunktet.

For å nå dette målet, forutsetter det slik vi ser det, at fastlegene og legevakt har tilgang til avklaring/å konferere med spesialist pr telefon. Det holder, som tidligere nevnt, i de aller fleste tilfeller ikke med bakvakslege for å oppnå dette. Vi viser her til prosjektoppgave fra nasjonalt topplederprogram for kommune- og spesialisthelsetjenesten 2022/2023 hvor informanter tekker frem betydningen av at lege i kommunen får konferert direkte med spesialist i sykehus: «*Dialogen mellom sykehuslege og lege i kommunen har alt å si, spesielt at dialogen går til rett person med rett fagkompetanse, ikke den som tilfeldigvis har vakttelefonen i lomma*» (Prosjektoppgave BI s 31). I helseledernetverkets arbeid med denne høringen kommer det frem som et viktig poeng fra både kommuneoverlegene og kommunalsjefene at det er et ønske at det legges til rette for gode pasientavklaringer mellom fastlege/legevakt og spesialist i spesialisthelsetjenesten i forkant av sykehusinnleggelser. Gevinster ved en slik samhandling vil være mindre belastende for pasientene, mindre pasienttransport mellom kommuner og sykehus som sparer både miljø og personellbehov, samt at færre kostbare utredninger i sykehusene som gir helseforetakene mindre belastning.

Effektmål 4: Raskere uttak av UKP fra sykehus og reduksjon av UKP liggedøgn

Helseledernetverket er enige i at pasienter ikke skal ligge inne i sykehus etter at de er ferdigbehandlet på dette nivået i helsetjenesten, og kommunene jobber hardt og kontinuerlig for å få til dette. Helseledernetverket er likevel usikre på om tiltakene i rapporten alene er nok til å nå dette effektmålet. Dette på bakgrunn av at vi ser at kompleksiteten i problemet ikke er utredet godt nok, slik at vi er redde for at vi som helsefellesskap ikke treffer med tiltakene. Hver kommune har unike utfordringsbilder, som vi redegjorde for under avsnitt 1 og flere steder i dette høringsinnspillet. Raskere uttak av UKP og reduksjon av UKP liggedøgn fordrer etter vår mening et større tiltaksbilde som ivaretar diversiteten i kommunene.

Effektmål 5: Mer effektiv utnyttelse av kommunale institusjonsplasser

Vi er enige i at kommunene skal ha søkelys på effektiv utnyttelse av kommunale institusjonsplasser. Situasjonen i flere kommuner er at korttidsplasser er belagt med brukere med behov for langtidsopphold. I Trøndelag Sørvest har vi en avtale om gjensidig utnyttelse av ledig sykehjemskapasitet. Oppdal kommune er også part i avtalen. Denne utnyttes godt av alle kommunene som er part i avtalen. Likevel er behovet i form av plassert til UKP større enn det regionen samlet klarer å dekke. Helseledernetverket gjentar at vi savner et mål med tilhørende tiltak om å unngå innleggelser og samhandlingstiltak rundt dette. Unngår vi innleggelse, så unngår vi i neste omgang UKP døgn. Vi viser her til våre innspill under effektmål 3.

Effektmål 6: En større andel av UKP reiser hjem fra sykehus med hjemmebaserte tjenester

Helseledernetverket har funnet det vanskelig å lese ut av rapporten hvilke målrettede tiltak som skal sikre dette effektmålet. Helseledernetverket foreslår derfor at helsefellesskapet i oppfølgingen av rapporten utreder mulige tiltak knyttet til opptrening og vedlikehold av normalt funksjonsnivå for den enkelte pasient under innleggelse så snart den akutte fase er over. Dette kan sikre at flere av pasientene kan returnere til et tilnærmet likt tjenestenivå i kommunen som vedkommende hadde før innleggelse. Det nevnes i rapporten at Melhus og Midtre-Gauldal kommuner ser et behov for å forsterke sine hjemmetjenester som følge av tiltak foreslått i rapporten, og det vil være uheldig om det iverksettes tiltak i etterkant av rapporten, som det er umulig for kommunene å følge opp på grunn av mangel på kvalifisert arbeidskraft. Ingen vil være tjent med at kommunene innad i helsefellesskapet støvsuger hverandres marked for arbeidskraft, da problemet bare vil forskyve seg. I tråd med anbefalingene i NOU 2023:4 Tid for handling bør

helsefellesskapet være tilbakeholdne med å iverksette tiltak som krever ytterligere personalressurser for å løse. Tiltak som iverksettes bør ikke være personellintensive og må kunne løses innenfor den menneskelige ressurstilgangen og noenlunde den samme organiseringen som vi allerede har i kommunene.

Helseledernetverket har ingen innvendinger mot de skisserte potensielle gevinstene av innføring av verktøy for skrøpeligheitsvurdering, men ønsker å presisere at kommunene fortsatt er avhengige av at gode funksjonsbeskrivelser benyttes i samhandlingen. Det er disse som ligger til grunn for vurdering behov for kommunale tjenester. Ikke slik det skisseres i avsnitt 2.3.2. kulepunkt 4 hvor det skisseres at sannsynlig tjenestenivå og behov etter innleggelsen baseres på pasientens skrøpeligheitsnivå.

Når det gjelder forløpet visualisert i figur 4, så mener vi at det er viktig at det legges en god kommunikasjonsplan for de nye elementene for samhandling med kommunene ved innleggelse, under opphold og ved utskrivelse for ansatte i sykehuset. Dette fordi det er et fortsatt stort opplevd problem at pasient og pårørende forespeiles et visst nivå eller spesifikke tjenester i kommunene per dags dato som påpekt i rapportens avsnitt 2.3. og 2.3.2 kulepunkt 4.

I avsnitt 2.3.2 kulepunkt 5 sies det at ved behov for vurderingsmøter bør dette initieres så tidlig som mulig. Helseledernetverket foreslår at man kan knytte vurderingen av behovet for slike vurderingsmøter til pasientens CFS skår under oppholdet på sykehuset. Vi viser da til oppsummeringsmøte med arbeidsgruppene og de kommunale helselederne 9 august kl 10.00 hvor det informeres om at CFS skåring gir et øyeblikksbilde. For eksempel ved tilfeller der øyeblikksbildet (etter akutt fase) viser klart høyere CFS skår og funksjonsnivå enn hva pasienten normalt skårer.

Pårørende nevnes i rapportens avsnitt 2.3 og 2.3.1.3. Det står at man ønsker å styrke pårørende rollen, men helseledernetverket klarer ikke å lese seg frem til konkrete tiltak i rapporten for å oppnå dette. Pårørende er veldig viktige samarbeidspartnere for den kommunale helsetjenesten, og helseledernetverket, med henvisning til avsnitt ovenfor, foreslår at det etableres en fast praksis med at forvaltningskontoret i kommunen skal inviteres inn i samtale med sykehus, pasient og pårørende hvis behov for kommunale tjenester skal diskuteres. Det er viktig at det er saksbehandler/ansatt i kommunen, som kjenner den enkelte kommunen, som er de som snakker først med pårørende og pasient om videre tjenester i kommunene. Dette for å sikre, som påpekt ovenfor, at pasient og pårørende ikke får uoppnåelige forventninger til tjenestetilbud i kommunene. Kommunene opplever startkommunikasjonen med pasient og pårørende blir vanskeligere når tjenestetilbud/nivå blir forhåndsdefinert.

Kommunehelsetjenestene går en fremtid i møte der kulturendring og oppdragelse av både ansatte, politikere, samarbeidspartnere og innbyggere blir en stor oppgave, slik at vi ikke går en kapasitetsoverskridende fremtid i møte.

3. Helseledernetverkets innspill til rapport fra arbeidsgruppe 2 – konkrete tiltak for en bærekraftig og effektiv håndtering av det gjenstridige problemet med utskrivningsklare pasienter i helsefellesskapet.

Helseledernetverket ser det er jobbet godt med tallgrunnlag i denne delen av rapporten. Vårt innspill til helsefellesskapets oppfølging av rapporten er å skaffe til veie et like grundig bakgrunnsmateriale på flaskehalsene i de enkelte kommunene i helsefellesskapet som forårsaker opphopning av UKP i sykehus, og som er til hinder for måloppnåelse.

Helseledernetverket ser at målsetningen arbeidsgruppen foreslår, er at helsefellesskapet skal være beste i landet i fht antallet UKP. Et mål om å ha færrest mulige UKP inneliggende på sykehus er et fint mål. Helseledernetverket foreslår at helsefellesskapet i oppfølgingen av denne rapporten arbeider med å omformulere denne målsettingen, slik at den tar opp i seg pasientrettede verdier.

Rapporten presenterer 6 KPIer. Helseledernetverket har spesielt merket seg KPI nr. 5, som viser at St Olavs er blant sykehusene med lavest reinnleggelsesrate. Årsaken til at reinnleggelsesraten er så lav, kan vi ikke se at rapporten gir noen analyser på. Helseledernetverket anbefaler at helsefellesskapet i oppfølgingen av denne rapporten gjør analyser av årsaken til dette, for eksempel med utgangspunkt i noen hypoteser. Disse kan være: reinnleggelsesraten er lav i St Olavs fordi kommunene ivaretar utskrevne pasienter på en god måte, eller reinnleggelsesraten er lav i St Olavs hospital er lav fordi pasienten er inneliggende på sykehus i flere døgn enn ellers i landet. Nettopp fordi St Olavs har pasienten lengre enn andre sykehus. Det vil også være interessant å se i hvilken grad dette også innebærer besparelser økonomisk, og det pasientetiske. Det hadde også vært interessant å få gjort rede for nettopp dette med flere målinger gjort i sammenligningen av reinnleggelse opp imot forrige innleggelsesårsak.

I rapporten presiserer arbeidsgruppe 2 at *«det er viktig å understreke at dersom disse seks KPIene skal nås må alle de forutgående skisserte tiltakene følges opp i felleskap, både fra sykehus og kommuner. UKP- problematikken påvirkes av faktorer gjennom hele behandlingsskjeden, både i sykehus og kommuner. Det er nødvendig å sette i gang tiltak både på helseforetaks- og på kommunenivå for å oppnå full effekt på de skisserte KPIene. Det er viktig at kommuner og sykehus både hver for seg og i fellesskap har kontinuerlig fokus på måloppnåelse og vurderer å sette inn kompenserende tiltak fortløpende dersom man ikke oppnår KPI mål underveis.»*

Helseledernetverket er enige i at det er nødvendig med tiltak på begge nivå, men vi klarer ikke å lese av rapporten hvilke konkrete tiltak som skal iverksettes innad i helseforetaket for å nå målene. Vi ønsker derfor å komme med innspill om at helsefellesskapet i sitt videre arbeid med rapporten ser nærmere på aktuelle tiltak innad i helseforetaket som kan bidra positivt i problematikken UKP.

Rapporten skisserer flere tiltak knyttet til de 6 KPIene. Herunder Lokale eskaleringsplaner i avsnitt 3.1.2.2, hvor de anbefaler at hver kommune må lage en eskaleringsplan for situasjoner hvor kommunen har mange UKP på sykehus

Helseledernetverket ønsker å henlede oppmerksomheten på forhold som bør utredes hvis helsefellesskapet velger å gå videre med et slikt tiltak. Vi i kommunene jobber hardt med å unngå at vi har UKP inneliggende på sykehus. Kompleksiteten i problemstillingen som beskrevet i høringsinnspillet avsnitt 1 skaper flaskehals. I tillegg er det hindringer i lov og forskrift som gjør at det å snu seg rundt og ta ned virksomhet er vanskelig, all den stund kommunale helsetjenester er vedtaksfestet. Vi kan her eksempelvis vise til helse- og omsorgstjenesteloven § 2-2, pasient- og brukerrettighetsloven § 7-2 og forvaltningsloven kapittel 4, 5 og 6.

Hvis slike lokale eskaleringsplaner kan kalles kapasitetsoverskridende hendelse, så er helseledernetverket enige i at vi bør lage planer for dette: hvilken virksomhet skal tas ned, hvordan skal rom frigjøres og intensivere samarbeid mellom kommunene. Men her må helsefellesskapet innhente rådgivning fra Statsforvalteren. Dette på bakgrunn av at når kommunene skal begynne å ta ned vedtaksfestede rettigheter til sine innbyggere for å bygge kapasitet til å ta imot flere UKP, så vil klagen komme. Hvis statsforvalteren ikke er innforstått med hva som tas ned og hvorfor, altså at grensen for hva som er en nødvendig helsetjeneste etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 første ledd og pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1a annet ledd i en kapasitetsoverskridende periode, så er vi som helsefellesskap like langt. I tillegg legger forvaltningslovens regler om

omgjøring av vedtak i kapittel 6 begrensninger på hvor fort kommunene kan få frigjort ressurser i en slik eskaleringsplan. I tillegg må det gjøres en vurdering i samråd med tilsynsmyndighet om hvorvidt antallet UKP slik det kommer frem i denne rapporten kan defineres som en kapasitetsoverskridende hendelse, for eksempel i forhold til forutsetningene i samhandlingsreformen og de nasjonale retningslinjene som er utarbeidet i forbindelse med denne.

Arbeidsgruppen har satt opp et forslag til innhold i en slik plan.

Når det gjelder hvilke lokale tiltak man skal iverksette for å øke kapasiteten over en kortere periode, mener helseledernetverket at det må gjøres utredningsarbeid knyttet til om dette kan defineres som en kapasitetsoverskridende hendelse, konsekvensen av lovfestede rettigheter og krav. En vurdering av hva kan man ta ned av tjenester, og hva som ligger av begrensninger i sykehjemsforskriften i fht for eksempel bruk av dobbeltrom i perioder. Man kan, som tidligere nevnt, ikke uten videre innberegne nedtak at vedtaksfestede tjenester.

Planen skal også inneholde en oversikt over hvilke ressurser som bør involveres.

Helseledernetverket ønsker å poengtere at i alle våre kommuner er absolutt alle mulige ressurser tatt i bruk, både personell- og arealressurser. I tillegg har vi en avtale som allerede sikrer at vi utnytter ledige ressurser hos hverandre. Det som eventuelt gjenstår for helsefellesskapet, er å kartlegge ressurser hos ideelle/private aktører.

Hvem som har beslutningsmyndighet bør helt klart stå i en eventuell plan, men vi gjentar at lov og forskrift vil i de aller fleste tilfeller sette begrensninger for hva man kan beslutte.

Hvordan dialogen mellom sykehus og den enkelte kommune skal foregå bør slik vi ser det utarbeides i fellesskapet og deretter innarbeides i en eventuell plan.

Arbeidsgruppen har utarbeidet en liste over terskelverdier for når eskaleringstiltakene skal iverksettes basert på kommunestørrelse. Trondheim, Melhus, Orkland og Malvik er skilt ut med egne terskelverdier. Slik vi forstå listen, så skal de andre kommunene i helsefellesskapet til sammen ha maksimalt 1 UKP til sammen. Dette er etter vår vurdering en utopi som ikke lar seg realisere, basert på de innspill vi allerede har kommet med.

Arbeidsgruppen foreslår i avsnitt 3.1.2.3, en felles overordnet strategisk plan for helsefellesskapet ved ekstraordinær kapasitetsoverskridelse og ved kjente sesongvariasjoner

Slik vi leser rapporten, skal det utarbeides en avtale som skal komme i tillegg til den overordnede samarbeidsavtalen i helsefellesskapet. Helseledernetverket foreslår at en slik samarbeidsavtale da heller skal inngå som en del av den overordnede samarbeidsavtalen, da den likevel skal gjelde for alle partene i den overordnede samarbeidsavtalen. Ved utarbeidelse av en slik strategisk plan eller avtale mener helseledernetverket at det må foretas et grundig utredningsarbeid knyttet til kompleksitet som beskrevet i høringsssvarets avsnitt 1, og begrensninger i lov og forskrift. Det bør legges til rette for bred deltakelse fra distriktskommuner i et slikt arbeid.

Arbeidsgruppen foreslår at helsefellesskapet tar i bruk de mulighetene som finnes i Helseplattformen for å evaluere effekt av tiltak, og identifisere nødvendige fremtidige forbedringsområder ovenfor UKP og skrøpelige eldre. Helseledernetverket er enig i dette, men foreslår at det også må sees på løsninger utenfor helseplattformen for de av kommunene som innen 2 årsperioden ikke vil ha tatt i bruk Helseplattformen og for de kommunene som ikke velger Helseplattformen som journalsystem.

Det er konsensus i arbeidsgruppen om at det bør nedsettes en arbeidsgruppe som jobber med felles analyser på tvers av forvaltningsnivå med representanter fra både sykehus og kommuner som skal jobbe for å fremskaffe gode målindikatorer for helhetlige pasientforløp. Helseledernetverket mener at det må etableres en gruppe med bred representasjon fra distriktskommuner.

Arbeidsgruppen anbefaler at kommunene i Helsefellesskapet videreutvikler sine korttidstilbud for UKP slik at det sikres en rask tverrfaglig vurdering og avklaring etter utskrivelse i den post-akutte fasen etter sykehusinnleggelse. Kommunen bør i løpet av første uke etter utskrivelse ha gjennomført kartlegging og vurdering og avklart videre tjenestebehov. For å oppnå reell tverrfaglighet fremheves det at kommunene som et minimum må ha tilgang til lege, sykepleier, fysioterapeut, ergoterapeut og helsefagarbeider i et tverrfaglig post-akutt institusjonstilbud. I tråd med anbefalingene i tid for handling NOU 2023:4 er helseledernetverket opptatt av at helsefellesskapet må være tilbakeholdne med å sette i verk personellintensive tiltak, og viser til innspill tidligere i dokumentet om personell og areal utfordringer som gjør etableringen av et slikt post-akutt institusjonstilbud.

Helseledernetverket synes rapporten er vanskelig å tyde i avsnitt 3.2.2 om samarbeid mellom kommuner. I vår region samarbeider vi på tvers for å utnytte regionens totale institusjonskapasitet, og vi samarbeider godt med dette. Vi stiller oss gjerne disponible for å informere om hvordan vi har organisert dette samarbeidet. Under samme avsnitt sier rapporten at: *«et mål må være at kommunene framstår mer enhetlig ovenfor sykehuset i håndtering av UKP»*. Helseledernetverket synes det er vanskelig å lese ut a rapporten hva denne enhetligheten skal bestå i, og påpeker at vi er så mange forskjellige kommuner i helsefellesskapet, med så forskjellig størrelse, organisering og forutsetninger/utfordringer, at det vil være uhensiktsmessig å ha et slikt mål. Vi foreslår at det heller i videre arbeid må jobbes med konkrete pasientforløp, retningslinjer, rutiner og kjentgjøring av disse i alle partnere i helsefellesskapet.

Arbeidsgruppen presenterer i avsnitt 3.3 forsterket utskrivelse for UKP med tverrfaglig pasientsentrert helsetjenesteteam (PSHT) på tvers av første og andrelinjetjenesten. De anbefaler Helsefellesskapet i Søndre-Trøndelag å benytte elementer fra PSHT tilbudet i Tromsø- i første omgang i forbindelse med forsterket utskrivelse for UKP i overgangen mellom sykehus og hjemmet. De anbefaler en pilot hvor storkommunen (Trondheim) og St. Olavs hospital etablerer et team, og at de mindre kommunene har koordinatorfunksjoner som samarbeider med teamet. St. Olavs hospital og Trondheim kommune må være likeverdige eiere av PSHT.

Helseledernetverket mener at hvis man i helsefellesskapet velger å gå videre med en slik pilot, må det innbefatte en plan for hvordan dette skal breddes ut, slik at de andre kommunene i helsefellesskapet skal dra nytte av et slikt team. Helseledernetverket er pr nå skeptiske til gevinstene for distriktskommuner i en løsning hvor en koordinator skal sitte ute i distriktet med tilgang til digital samhandling med teamet. Vi regner med at det vil bli utarbeidet en god prosjektplan, som fremlegges ASU før det søkes om midler, og da vil det være naturlig at denne prosjektplanen sendes ut på høring i kommunene i helsefellesskapet før ASU fatter sin beslutning.

Referanser

Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) LOV-1999-07-02-63

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven), LOV-2011-06-24-30

Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven) LOV-1967-02-10

Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie, FOR-1988-11-14-932

Prosjektoppgave ved handelshøyskolen BI, «*Kommunal akutt døgnet (KAD) Bevare, endre eller skrote?*» Elisabeth Tronstad, Arnt Myrvold, Espen R. Sollien, Anders Jystad.

Nasjonale veileder, Samhandlingsreformen - Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak. Helse og omsorgsdepartementet. [Rapportmal \(regjeringen.no\)](#)

«*Vilde problemer, vilde løsninger*», Innovasjonsbarometeret 2022, Co-Pi, Danmark
[Vilde problemer, vilde løsninger \(co-pi.dk\)](#)

Med vennlig hilsen
Helseledernetverket
Interkommunalt politisk råd Trøndelag Sørvest, lakseregionen

Asbjørn Strømmen
Kommunalsjef helse og mestring,
Skaun kommune

Renate Loktu Sandvik
Kommunalsjef helse og mestring,
Frøya kommune

Anders Jystad
Kommunalsjef helse og mestring,
Orkland kommune

Ingrid Fagerli
Kommunalsjef helse og mestring,
Rennebu kommune

Inger Lise Waade
Kommunalsjef helse og mestring,
Heim kommune

Grete Raanes Heggem
Kommunalsjef helse og mestring,
Rindal kommune

Harald Martin Hatle
Kommunalsjef helse og mestring,
Hitra kommune

Gunhild Eidsli
Kommunalsjef helse og omsorg,
Surnadal kommune

Cecilie Hatlenes
Kommuneoverlege,
Heim kommune

Jimmy Wikell
Kommuneoverlege,
Orkland kommune

Ingrid Kristiansen
Kommuneoverlege,
Frøya kommune

Helge Hatlevoll
Kommuneoverlege,
Skaun kommune