

Høyringsuttale til Revidert samarbeidsavtale mellom kommunene i Møre og Romsdal og Helse Møre og Romsdal HF

Viser til høyringsbrev der partane er invitert til å svare på høyring til revidert samarbeidsavtale innan 23. juni 2024.

Dei største endringane i samarbeidsavtalen er skissert i høyringsbrevet og Forhandlingsutvalet har gjort eit godt arbeid med avtalen. Kommunen støttar mykje av det som er foreslått med dei merknadane som går fram av saksutgreiinga og i høyringssvaret nedanfor.

Hovudavtalen

Kommunen vil gje signal om at ein skulle ynskt at brukarperspektivet kunne gjerast tydelegare i avtalen.

I samansetting av representantar i LSU og SSU, opplever kommunane at helseføretaket ikkje i same grad som kommunane, vel representantar med avgjerdsmynde. Til dømes må kommunalsjef i kommunen må forvente å kunne møte øvste leiar innafor dei ulike klinikkane i helseføretaket. Dette må kome tydeleg fram i avtalen. Det er ikkje tilstrekkeleg at oppnemnde har eit overordna ansvar.

Kommunane opplever et oppgåvefordelinga mellom dei to helsenivåa stadig vert endra og at venstreforskyvinga av oppgåver frå sjukehusa til fastlegar og kommunale helse og omsorgstenester skjer utan naudsynt drøfting mellom partane. Kommunen ynskjer at plikt til konsekvensvurdering og drøfting med kommunal leiarar vert tydelegare i samarbeidsavtalen.

Samarbeidsstruktur

5.1 Partnerskapsmøte(nivå 1).

5.1.1 Samansetting

Kommuneoverlege kan ikkje erstatte kommunalsjef i kommunen.

Det kan likevel hensiktsmessig at kommuneoverlege oppnemnd frå dei tre regionråda kan delta og det er då tilstrekkeleg i tillegg til leiar for praksiskonsulentordninga/ «samarbeidsordninga for spesialisthelsetenesta og fastlegane» som i tillegg representerer fastlegane som også er ein del av kommunehelsetenesta.

Ettersom avtalen om helsefelleskap er ein avtale mellom HOD og KS, bør KS Møre og Romsdal kunne delta som observatørar med talerett. I tillegg vil ein føreslå at Pasient- og brukarombodet kan delta som observatørar med talerett.

Leiar og nestleiar i SSU bør møte som observatørar med talerett ettersom desse både skal rapportere til Partnerskapsmøte og motta oppgåver og mandat frå Partnerskapsmøte.

Når det gjeld arbeidsform kan det presiseras at det er partane sjølve har ansvar for å orientere lokal politisk leiing og styret i helseføretaket om årsmeldinga til helsefelleskapet.

5.2 Strategisk samarbeidsutval(SSU) – nivå 2 inkludert 5.3 Lokale samarbeidsutval (LSU) – nivå 2

Ettersom forslaget til samarbeidsavtale no plasserer Lokale samarbeidsutval på nivå 3 ilag med SSU vil kommunen no føreslå å slå saman desse.

SSU er samansett av representantar der ein representerer fleire andre, noko som vert opplevd som krevjande med tanke på informasjonsutveksling og sikre forsvarleg støtte.

Etter ein kritisk gjennomgang av struktur og bruk av ressursar i Helsefelleskapet vil kommunen føreslå å legge ned lokale samarbeidsutval. I staden vil ein føreslå å samle alle

medlemmane i LSUane i eit SSU med møter kvar andre mnd. Etter modell frå til dømes Helsefelleskapet i Troms og Ofoten.

Denne modellen blir no særleg aktualisert i samband med at Regjeringa har vedteke årlege tilskot til arbeidet i helsefelleskapa i landet og SSU vert heilt sentral når det gjeld å prioritere fram samhandlingsprosjekt i helsefelleskapet.

Kommunen vil i tillegg føreslå eit representativt arbeidsutval frå regionrådsområda og sjukehusa som førebur møta med oppdrag og saker ilag med samarbeidssekretariatet.

Det vil sjølvsagt ikkje vere noko i vegen for at ein har lokale nettverk eller samarbeidsforum som også vil kunne melde saker til Helsefelleskapet, men ikkje organisert som ein del av Helsefelleskapsstrukturen.

Når det gjeld oppgåver er der følgande forslag til formulering under:

f) SSU skal sørge for at Arbeidet med avvikshandtering og forbetningsarbeid skal vere høgt prioritert hos partane og at dette vert inkludert i faglege samarbeidsutval sitt arbeid med heilskaplege pasientforløp og at alle retningslinjer og planar som regulerer samarbeidet om vår felles helseteneste vert høyrde og vedtekne.

5.4 Faglege samarbeidsutval (FSU) – nivå 3

Etter kommunen si vurdering bør talet på fagutval reduserast ytterlegare.

Samarbeidsstrukturen vil likevel medføre involvering av tilsette fagpersonar og leiarar på begge nivå i helsefelleskapet. Eit tettare samarbeid om helsetilbod til innbyggjarane vil medføre behov for planlegging, avklaring og samordning. Ein erkjenner at dette medfører ei investering gjennom bruk av fagressursar og det kan vere behov for auka representasjon. Samarbeidsavtalen om Helsefelleskap mellom HOD og KS tilseier at Barn og unge, alvorleg psykisk sjuke, pasientar med fleire kroniske lidningar og skrøpelege eldre skal prioriterast. Ein bør difor legg til rette for utval knytt opp til dei fire prioriterte pasientgruppene. Personar med fleire kroniske lidningar finst også innafor dei tre øvrige prioriterte gruppene, så det synest i fyrste omgang å vere nok med tre utval knytt til desse. Utvala kan på oppdrag frå SSU oppnemne arbeidsgrupper ad hoc til tidsavgrensa oppdrag/ prosjekt.

I tillegg vil det vere behov for eit fagleg samarbeidsutval for den akuttmedisinske kjede og helseberedskap som også i sitt mandat bør eit spesielt fokus på dei fire prioriterte gruppene. Dei fire utvala skal bidra inn i Felles handlingsplan for helsefelleskapet og arbeide med konkrete oppdrag/ prosjektmandat frå SSU. Gjennom ei slik arbeidsform vil tenesteutøvarar på begge nivå få betre kjennskap til kvarandre sine rammevilkår, kompetanse og handlingsrom og kunne auke fokuset på kost/nytte.

Formålet med samarbeidsavtalen er at partane skal planlegge og utvikle heilskaplege og likeverdige helse- og omsorgstenester, med gode overgangar mellom helsetenestnivåa, gjerne etter KS sin modell for «Gode pasientforløp». Samarbeidet skal mellom anna sikre klar ansvarsfordeling og god utnytting av tilgjengelege ressursar.

Kommunen har erfart og erfarer framleis at helseføretaket overfører oppgåver til fastlegetenesta og legg føringar for tildeling av kommunale tenester. For at vi skal lykkast i framtida må samarbeidet mellom tenestnivåa inkludert fastlegane styrkast. Difor vil kommunen også føreslå at alle fagressursar som elles møter i Fagleg samarbeidsutval for behandlarar samlar seg om dei fire prioriterte gruppene og dei faglege samarbeidsutvala knytt til desse og brukar tida si der i tillegg til Fagleg samarbeidsutval for akuttmedisinsk kjede og helseberedskap.

Når det gjeld deltaking i faglege samarbeidsutval:

Ålesund kommune er vertskommune for Utviklingssenteret for sjukeheimar og heimetenester (USHT). Dei tilsette der vil kunne bidra med særleg kompetanse på prosjektutvikling og prosessarbeid ift kontinuering forbedringsarbeid. Det synast i tillegg å vere eit samanfall

mellom oppdrag frå Helse- og omsorgsdepartementet til utviklingssentera i landet og arbeid med dei prioriterte gruppene.

5.5 Samarbeidssekretariatet

Kommunen vil foreslå ei endring når det gjeld samansetting i punkt a og b:

a) To representantar frå helseføretaket inkludert samhandlingssjef.

b) Inntil fire kommunale representantar frå dei tre regionrådområda.

I tillegg skal Leiar for samhandlingslegane bida i møta(dersom kommunane skal vere med å finansiere ordninga).

Det vil vere representantane under punkt a og b som har dei utøvande rollene i sekretariatet. Det må kome tydeleg fram i avtalen kor store stillingsandelar ein må rekne med å bruke når det gjeld arbeidet i samarbeidssekretariatet. For kommunane må ein rekne med 100 -120% stilling (alt etter om ein også arbeider med forhandlingar) og det same vil måtte gjelde for helseføretaket.

Oppgåver

Kommunen føreslår at samarbeidssekretariatet får følgjande oppgåve i tillegg:

f) I den hensikt å understøtte og samordne arbeidet med Felles handlingsplan på vegne av SSU, legge til rette for dialog/ årleg samling på tvers av dei faglege samarbeidsutvala.

Kommunen vil gje følgjande kommentar til dei enkelte delane av avtalen:

Delavtale 1 – Samarbeid om koordinering av tjenester, samt innleggelse og utskrivning fra sykehus

Kommunane legger til grunn at usemje knytt til utskrivingsklare pasientar, som har vorte behandla i nasjonal tvisteløysingsnemnd, er kjent. Kommunen vil understreke at ein har tatt til følge rådet frå tvisteløysingsnemnda, sjølv om ein er usamd i konklusjonen og er skuffa over at vesentlege delar av tvisten ikkje vart tillagt vekt. Kommunen viser til at det var helseføretaket som endra praksis i avtaleperioden, trass i dialog og saksutgreiing og vedtak i overordna samarbeidsorgan. Dette er sterkt beklageleg og har svekka tilliten til helseføretaket som samarbeidspart.

Det bør arbeidast med retningslinjer for informasjonsutveksling og ansvar for personar som er dømt til tvungent psykisk helsevern, inkludert samfunnsvernet.

Kommunen opplever i aukande grad at reseptar ikkje er skrivne før pasienten som blir sendt ut til korttidsopphald, epikrisa kjem ikkje, nødvendige medisinar og utstyr vert ikkje er sendt med osv. Dette får konsekvensar når det gjeld plundring og heft og for kvalitet og arbeidsflyt i overflyttingsprosessar til kommunen. Tilsette i sjukehuset må få meir kunnskap om kva som er avtalt i Samarbeidsavtalen.

Delavtale 2 – Samarbeid om kunnskapsoverføring, forskning, utdanning og samhandlingsleger

Kommunen føreslår vesentlege endringar i denne avtalen.

Punkta 2.1, 2.2 og 2.3 omhandlar forhold og ansvarfordeling forankra i lov og forskrift. Kommunen foreslår å flytte desse punkta til Hovudavtalen under punkt 3 og 4 der og sikrar at formuleringar ikkje overlappar kvarandre.

Når det gjeld punkt 2.4 i denne delavtalen omhandlar det «samarbeidsordninga mellom spesialisthelsetenesta og kommunal legeteneste» som er forankra i eigen samarbeidsavtale mellom dei regionale helseføretaka i landet og Legeforeninga.

Kommunen foreslår at Delavtale 2 i ny samarbeidsavtale omhandlar berre «samarbeidsordninga mellom spesialisthelsetenesta og kommunal legeteneste».

Denne ordninga er imidlertid ikkje ein del av *Avtalen mellom regjeringa og KS om vidareutvikling av helsefelleskapa for en meir sammenhengende helse- og omsorgstjeneste*. Etter ei evaluering av fastlegane si deltaking i dei ulike helsefelleskapa i landet konkluderte ein i denne avtalen med at *Lokale fastleger og kommuneoverleger bør delta som faglige rådgivere der det er hensiktsmessig*.

Pr i dag har ordninga 130% stilling til samhandlingslegar der kommunane i fylket dekkjer 50% av kostnadane, noko som vert fakturert frå Helse Møre og Romsdal til kommunane etter folketal.

Kommunen meiner at det må kome tydelegare fram i avtalen kva desse ressursane skal nyttast.

Delavtale 3 – Samarbeid om svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg

Kommunen støtter forslaget til delavtale 3 slik det ligg føre. Dette utvalet bør særleg prioritere tiltak knytt til samarbeid om personell og kombinerte stillingar.

Delavtale 4 – Samarbeid om utvikling av digitale helsetjenester og e-helse

Kommunen etterlyser ei presisering når det gjeld kven som skal arbeide med dette området. Dersom dette inngår i arbeid som føregår i allereide etablerte nettverk eller råd/ utval bør det kome tydeleg fram i avtalen i tillegg til ansvar og roller.

Dette bør likevel ikkje vere til hindre for at dei faglege samarbeidsutval kan initiere til tiltak innafor dette med digitalisering og e-helse, noko som også bør kome fram i delavtalen.

Delavtale 5 – Samarbeid om helsefremmede og forebyggende helsearbeid

Kommunen støtter forslaget til delavtale 5 slik det ligg føre. Det bør likevel kome tydeleg fram at denne delavtalen inngår i oppdraget til dei faglege samarbeidsutvala for dei fire prioriterte gruppene.

Delavtale 6 – Samarbeid om helseberedskap og akuttmedisinsk kjede

Kommunene ser det som viktig at ein følger de føringer som ligger i veilederen for bruk av KAD/ØHD, og at ein ikkje utvider kriterium for innlegging utover det veilederen omtaler. Kommunen held fast på at det kun er fastlege, legevakt, lege i akuttmottaket og poliklinikk som kan, etter avtale med ansvarlig lege eller stedfortreder ved KAD/ØHD, henvise pasientar i tråd med dei lokale rutineane som gjeld for KAD/ØHD. Kommunen ynskjer ikkje medverke til ei dreining av bruken av KAD/ØHD, som til dømes kan opne for at utskrivingsklare pasientar kan fortrenge eit reelt behov for KAD/ØHD.