

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

Viser til høringsbrev der kommunene får mulighet til å gi høring på revidert samarbeidsavtale innen 23. juni 2024.

De største endringene i samarbeidsavtalen framgår av høringsbrevet, og kommunen støtter disse forslagene til endring.

Kommunen støtter en reduksjon av antall faglige samarbeidsutvalg fra 12 til 6 utvalg. Det er imidlertid viktig å være bevisst på at med den foreslåtte strukturen i helsefellesskapet vil det bety at anslagsvis 160-170 personer vil være involvert. Etter kommunenes vurdering burde dette vært redusert ytterligere. Man bør derfor vurdere om antallet utvalg skal reduseres ytterligere. En slik reduksjon bør gjøres gjennom økt representasjon. Med den omfattende personellbruken som brukes og planlegges brukt i helsefellesskapet bør det gjøres grundige kost-nytte-vurderinger.

Slik det foreligger i forslaget, så støtter kommunene mandatet for hvert utvalg.

Kommunen merker seg også at forhandlingsutvalget har vært opptatt av å ivareta lokale hensyn og vilkår, slik som hovedavtalen og samhandlingsfora. Konkret eksempel er videreføringen av lokalt samhandlingsutvalg (LSU) inkludert en sammenslåing av LSU Nordmøre og LSU Romsdal. En støtter også at antallet representanter i SSU og andre samhandlingsfora, ikke blir endret selv om antall LSU reduseres. ROR-kommunene vil ikke akseptere en endring i representantfordeling selv om sykehuset i Molde og i Kristiansund slås sammen til ett sykehus i Molde, med distriktsmedisinsk senter i Kristiansund.

Formålet med samarbeidsavtalen er at parene skal planlegge og utvikle helhetlige og likeverdige helse- og omsorgstjenester, med gode overganger mellom kommunen og helseforetaket. Samarbeidet skal blant annet sikre klare ansvarsfordelinger og god utnyttelse av tilgjengelige ressurser. Kommunen i ROR har sammen med Kristiansund kommune startet arbeidet med felles tjenestebeskrivelser. Beskrivelsene skal gi forståelse for kriterier for å kunne få tildelt tjenester samt hvilket innhold tjenestene kan ha. Bakgrunn for beskrivelsene er krav fra nasjonale myndigheter, lover og forskrifter, politiske rammebetingelser og definerte mål. Kriteriene skal legges til grunn ved den faglige-, skjønnsmessige og individuelle vurdering av den enkeltes søknad. Ved eventuell tildeling av tjenester kan kommunene velge omfang og form for den enkelte søker. Kommunen har erfart og erfarer fortsatt at helseforetaket gjentatte ganger legger føringer for tjenestetildeling. For at vi skal lykkes i framtida må vi samarbeide bedre, og ikke minst må helseforetaket og deres ansatte ha god kjennskap til handlingsrommet og muligheten som finnes i den enkelte kommune, samt ha god kunnskap om tjenestebeskrivelser. Dette kunne med fordel blitt tydeligere omtalt i avtalen.

Kommunen ønsker å gi følgende kommentarer til de enkelte delene av avtalen:

Hovedavtalen:

Det er ingen bemerkninger utover det som framkommer i ovenstående innledning.

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

Kommunene legger til grunn at uenigheter knyttet til utskrivningsklare pasienter som har blitt behandlet i nasjonal tvistenemnd er kjent. Kommunene vil understreke at vi uavhengig av nemndas avgjørelser mener at helseforetaket i avtaleperioden har endret praksis. Dette vurderer vi som sterkt beklagelig og uheldig for tilliten mellom partene.

Informasjonsutveksling knyttet til personer som er innlagt i sykehus må forbedres. Hvorvidt dette krever endring av delavtale 1 er usikkert. Det er imidlertid beskrivende for situasjonen når kommunene og helseforetaket ikke klarer å bli enige om revisjon av denne delavtalen.

Delavtalen bør omtale informasjonsutveksling knyttet til personer som er dømt til tvungent psykisk helsevern.

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

Delavtale 2 omhandler samarbeid og kunnskapsoverføring, forskning og utdanning. Det kunne med fordel vært konkretisert når veiledningsplikten gjelder, og hvem som definerer behovet, hvordan melde inn behovet og hvordan slik veiledning gjennomføres. Det må vurderes om avtalen bør omtale en mer strukturert og målbar prosess. Det vil også være hensiktsmessig å beskrive dette bedre, spesielt når oppgavene øker innenfor mindre eller samme økonomiske og personalmessige ressurser.

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

Kommunen støtter det som framkommer i forslaget til delavtale 3.

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

Delavtalen regulerer den digitale samhandlinga mellom partene. Kommunen støtter det som kommer fram i delavtale 4. Det poengteres fra kommunens side at partene må samarbeide godt om innovasjon. Det er også viktig å vurdere de konsekvenser valg i én organisasjon kan få for andre samarbeidsparter.

Delavtale 5 – Samarbeid om helsefremmede og forebyggende helsearbeid

Kommunen støtter det som framkommer i forslaget til delavtale 5.

Delavtale 6 – Samarbeid om helseberedskap og akuttmedisinsk kjede

Delavtale 6 omhandler samarbeid om helseberedskap og akuttmedisinsk kjede. Gjennom denne delavtalen forplikter partene seg til å videreføre og utvikle samarbeidet innenfor samfunnsikkerhet og helseberedskap, i utvikling av den akuttmedisinske kjede, og i bruken av kommunalt akutt døgn tilbud (KAD/ØHD). Kommunene ser det som viktig at en følger de føringer som ligger i veilederen til KAD/ØHD, og at man ikke går utover det veilederen beskriver. En støtter at det er kun fastlege, legevakt, lege i akuttmottaket og poliklinikk som kan, etter avtale med ansvarlig lege eller stedfortreder ved KAD/ØHD, henvise en pasient i tråd med de lokale rutinene som gjelder for KAD/ØHD. Kommunen vil påpeke at ved utvidet bruk av KAD/ØHD, til f.eks. utskrivningsklare pasienter, kan medføre utfordringer ved et reelt behov for KAD/ØHD. En må også bli flinkere å skrive ut i løpet av avsatt tid til en innleggelse på KAD/ØHD, slik intensjonen med ordningen er.