

INNSPILL TIL HELSEREFORMUTVALGET FRA INTERKOMMUNALE SAMHANDLINGSLEDERE I NORD-NORGE

Kommunenes samhandlingsledere i helsefellesskapene i Nord-Norge ønsker med dette å gi innspill til helsereformutvalget. Vi baserer våre innspill på egne erfaringer gjennom flere år som samhandlingsledere. Vi har ervervet oss god innsikt i helsefellesskapenes organisering, funksjon, utfordringer og resultater fram til nå. Dette, sammen med arbeidet i helsefellesskapenes sekretariater, gir oss et unikt kunnskapsgrunnlag for å komme med innspill fra «innsiden» av helsefellesskapene, sett fra et kommunalt perspektiv. Innspillet vårt er todelt, hvor første del omhandler helsefellesskapene. I andre del kommer vi inn på rollen som samhandlingsleder for kommunene, og hva vi ser som viktig med hensyn til plassering og funksjon dersom helsefellesskapene videreføres i en helsereform.

Helsefellesskap som utgangspunkt for utøvende og pasientnær tjeneste

Helsefellesskapene i nord kom i gang på ulike tidspunkt. Troms og Ofoten ble etablert april 2021, Lofoten, Vesterålen, Salten september 2021, Finnmark april 2022 og Helgeland mai 2023. Som samhandlingsledere har vi fulgt helsefellesskapene over år og delt erfaringer hele veien. Gjennom deltakelse i regionalt nettverk har vi også lært mye om hverandres helsefellesskap, og ser både likheter og ulikheter mellom helsefellesskapene. Det er ikke mulig for oss å si at det ene helsefellesskapet fungerer bedre enn et annet. Som partnerskap mellom kommuner og helseforetak ser vi noen fellestrekk på tvers av helsefellesskapene. Strukturen virker å være god, og det er veletablerte møteplasser på flere nivå. Dagens samarbeid i helsefellesskapene er likevel for fragmentert og lite forpliktende. Der man ikke lykkes med samhandling og koordinering handler det gjerne om at det fortsatt ikke oppleves likeverdighet mellom partnerne. Ulik prioritering hos partnerne når det gjelder ressursinnsats i samhandlingen spiller også en stor rolle. Dette kan påvirke pasientforløpene, da det fort oppstår utfordringer og svikt i overgangene mellom tjenestenivåene. Vi erfarer at det er en felles forståelse av at det særlig er pasienter med sammensatte behov som rammes, og det er her innsatsen særskilt må styrkes.

Våre anbefalinger dersom helsefellesskapene videreføres i en to-nivå-modell:

- Plikt for kommuner og helseforetak til å etablere og aktivt delta i helsefellesskap må lovfestes.
- Helsefellesskapene må få et tydeligere mandat fra staten, med sterkere krav til leveranser, ikke bare prosesser. Endringene bør være presise med utgangspunkt i reelle problemstillinger.
- Med mål om likeverdige helsetilbud, bør helsefellesskapenes organisering og funksjon i større grad enn nå standardiseres.
- Det må sikres økonomiske, juridiske og teknologiske rammer og handlingsrom som legger opp til sterkere forpliktelser og muliggjør sømløse pasientforløp.
- Helsefellesskapene må pålegges et større ansvar for forebygging, læring og mestring, og gjennomgående rehabiliteringstilbud.
- Helsefellesskapene må gis tilstrekkelige ressurser til å operasjonalisere strategiske satsinger og implementere tiltak i utøvende tjeneste. Dette innebærer blant annet varig statlig fullfinansiering av kommunal sekretariatsfunksjon.

Rollen som interkommunal samhandlingsleder nå og framover

Vi som er samhandlingsledere for kommunene her i nord har noe ulik fartstid, men vi har alle vært i rollen over flere år. Funksjonen er noe ulikt organisert fra område til område, men det er også mange likhetstrekk med hensyn til ansvar og oppgaver. Vi erfarer at rollen har endret seg noe med årene, i takt med at helsefellesskapene har utviklet seg. I tillegg har forventningene til både helsefellesskap og kommunale samhandlingsledere blitt større. Det gjelder både hva helsefellesskapene skal løse, og hva samhandlingslederne skal håndtere. Forventningene kommer fra ulike hold, alt fra partnerne og brukerorganisasjoner til direktorat og regjering. I tillegg har Innføringen av rekrutterings- og samhandlingstilskuddet medført mange nye oppgaver for helsefellesskapenes sekretariater.

Etableringen av sekretariatsfunksjon for kommunene i helsefellesskap, har vært helt avgjørende for at partnerskapet kan fungere noenlunde i henhold til intensjonen. Flere av oss erfarer imidlertid at fra å være tilsatt i en strategisk og samlende funksjon, tar sekretariatsoppgavene mer og mer over. Dette mener vi ikke er riktig bruk av ressursen som interkommunal samhandlingsleder.

Våre anbefalinger dersom rollen videreføres etter reformen:

- Det må utvikles verktøy og beslutningslinjer som hjelper samhandlingsleder til å redusere fragmentering på kommunesiden og redusere variasjoner.
- I et strammere styrt helsefellesskap vil det bli behov for å standardisere praksis på tvers av kommuner. Her bør samhandlingsledere gis status som nøkkelfunksjon.
- Samhandlingsleder bør ha status som det naturlige bindeleddet som gjør nasjonale føringer om til lokal praksis.
- Rollen må gjøres mer strategisk, og mindre sekretærpreget.
- Samhandlingslederrollen bør brukes målrettet i utvikling av nye arbeidsformer.
- Kommunale samhandlingssekretariat må få tilført tilstrekkelig med ressurser og kompetanse til å håndtere nye oppgaver, utfordringer og muligheter.

Samlet vurdering

Uavhengig av resultatet av reformarbeidet, og hvordan helsetjenesten skal organiseres i framtida, mener vi helsefellesskapsmodellen er et godt utgangspunkt for samarbeid mellom alle ledd i tjenesten. Det vil alltid være behov for forpliktende samarbeidsstrukturer.

Helsefellesskapet kan gå fra å være en «ufarlig» samarbeidsarena til å bli en styrings- og implementeringsarena for samhandling. Det vil være ønskelig, og vil imøtekomme krav og forventninger til nødvendig utvikling og endringer i pasientrettet utøvende tjeneste. Hva som skal være benevnelse, plassering og handlingsrom/myndighet, vil imidlertid avhenge av hvilken helsetjenestemodell som velges nasjonalt.

Rollen som interkommunal samhandlingsleder vil være viktig så lenge det er flere kommuner som skal samles i et partnerskap. Dersom primær- og spesialisthelsetjenesten fortsatt skal være på to nivå, vil det eksistere gråsoner og samhandlingsleder vil ha en naturlig rolle i håndtering av samhandlingsutfordringer mellom nivåene. Vi mener derfor at kommunal samhandlingsleder framover får en helt sentral rolle i helsefellesskapets utvikling. Rollen bør endres til å bli en systembygger, og oppgave- og ansvarsområdet bør primært være å;

- bidra til å utvikle felles løsninger
- redusere variasjon mellom kommuner
- bidra til at det inngås mer bindende avtaler
- sikre etterlevelse av vedtak og andre føringer

- samle kommunene som en felles partner for helseforetaket
- håndtere og jevne ut grenseflater
- være en medspiller i utviklingen av nye arbeidsformer.

Avslutningsvis vil vi trekke fram sykehusutvalgets rapport hvor det ble foreslått å etablere en nasjonal kompetansetjeneste for samhandling. Vi mener samhandling bør anerkjennes som et eget kompetanseområde, og at denne kompetansen må vektlegges sterkere i utviklingen av helsetjenesten. Da vil en samlet helsetjeneste ha gode forutsetninger for å kunne samarbeide på tvers av enheter og (eventuelle) nivåer, blant annet for å møte de store demografi- og personellutfordringene, men også for å sikre pasientene de gode og helhetlige behandlingsforløpene.

27. mai 2026

Anja Uglem, interkommunal samhandlingsleder, helsefellesskapet Finnmark

Eline Monsen, interkommunal samhandlingsleder, helsefellesskap Helgeland

Knut Erik Dahlmo, kommunal samhandlingsleder, helsefellesskapet Lofoten, Vesterålen, Salten

Guri Moen Lajord, interkommunal samhandlingsleder, helsefellesskapet Troms og Ofoten

(Dokumentet er godkjent elektronisk.)