



Helse Midt-Norge RHF

postmottak@helse-midt.no

Dato:

31. oktober 2022

HØRINGSSVAR - Regional utviklingsplan 2023-2026

Mental Helse takker for oppfordringen til å gi innspill til Regional utviklingsplan 2023-2026 for Helse Midt-Norge. Mental Helse har som landets største bruker- og interesseorganisasjon innen psykisk helse i over 40 år vært en viktig støtte for personer med psykiske helseutfordringer og deres pårørende i vår region. Men vi bryr oss også om andre pasient- og brukergrupper og deres pårørende, for alle har en psykisk helse.

Med utgangspunkt i spørsmålene som er stilt i høringsbrev datert 09.09.2022 har våre to fylkeslag i regionen, Mental Helse Trøndelag og Mental Helse Møre og Romsdal, følgende innspill til utviklingsplanen:

Svar/innspill til spørsmål 1:

Med de 6 driverne som er satt opp og danner behovet for endringer i helsetjenesten fremover, mener vi at de viktigste utviklingstrekkene spesialisthelsetjenesten bør tilpasse seg er:

- **En aldrende befolkning**

Med den aldrende befolkningen må samfunnet tilpasse seg på flere områder, et tettere og bedre samarbeid med kommunene blir helt nødvendig for å kunne levere fremragende og likeverdige helsetjenester i framtiden. Tilpassing av samhandlingsavtaler og videreutvikling av helsefellesskapene er nødvendig.

- **Ny kunnskap og teknologi gir nye muligheter**

For at ny kunnskap og ny teknologi skal kunne gi nye muligheter, må det legges til rette løsninger som passer for alle i en overgangsperiode.

Ambisjonen om å skape en fremragende og likeverdig helsetjeneste for alle nås ikke uten at digitalt utenforskap tas mer på alvor. Med innføring av Helseplattformen/HelsaMi og mer bruk av teknologi i behandlingsforløp, vil det bli et større behov for å yte mer veiledning og opplæring til pasienter og brukere.

- **Stigende forventninger**

Med stigende forventninger fra både pasienter, brukere, pårørende og myndighetene, om å levere bedre og raskere er det viktig å sette realistiske mål i plan- og utviklingsarbeidet. Tiltak som blir gjennomført og mål som blir nådd, vil kunne medvirke til å redusere forventningene.

- **Press på økonomisk bærekraft**

Økonomisk bærekraft og helse er kanskje de to elementene som blir vanskeligst å møte med tanke på den alderssammensetningen vi får i samfunnet. Nytenkning og innovasjon må til, og da må det bli mer satsing på erfarings- og kunnskapsbasert forskning i tjenestene. Samtidig må resultater fra eksisterende forskning brukes mer i utvikling av tjenestene.

- **Økende miljø- og klimautfordringer**

Fortsette å ha miljø- og klimautfordringer på dagsorden for å nå de felles mål i perioden. Vi har inntrykk av at helseforetaket jobber godt på dette området.

- **En mer usikker verden**

Usikkerheten gjør det viktigere å ha gode innarbeidde beredskapsplaner i all virksomhet i tilfelle kriser. Covid-19 pandemien viste oss at samfunnet kan omstille seg raskt og få på plass nye modeller for samarbeid på kort tid. Viktig å bringe videre de gode samhandlingene og erfaringer fra pandemien inn i nytt arbeid med beredskapsplaner.

Svar/innspill til spørsmål 2:

De 4 strategiske målene og de generelle veivalgene støttes, men vi i Mental Helse savner generelt mer konkrete mål og tiltak innen tidlig forebygging og samarbeid på området med kommunene. Med en aldrende befolkning, de psykisk helseutfordringer og personer med flere kroniske lidelser vil mer samarbeid om satsing på forebygging være viktig. Spesialhelsetjenestens kunnskap og kompetanse på flere området rundt forebygging vil kunne være til stor hjelp for å møte utfordringene kommunene har, spesielt med tanke på problemene med rekruttering av fagpersoner som flere kommuner sliter med. Helsefellesskapene vil her kunne ha en større betydning i fremtiden.

Et helhetlig, likeverdig og sammenhengende helsetilbud til befolkningen.

Med de store forskjellene vi ser i tjenestetilbudene rundt om i kommunene, vil det være en brems for utvikling dersom kommunenes forutsetninger og kompetanse skal ligge til grunn for å skape sammenhengende tjenester. De er store forskjeller i kommunene på grunn av ressursmangel i form av fagpersoner og de økonomiske rammer hver enkelt kommune har. Det må derfor være behov og erfaringer som danne utgangspunkt for å skape sammenhengende tjenester.

Det utadvendte sykehus blir den største forandringen vi som pasienter eller brukere av helse- og omsorgstjenester vil merke. Det å styrke og ha større søkelys på samarbeid mellom helseforetakene og kommunene i regionen vil her være helt avgjørende for at dette skal fungere som sammenhengende tjenester. Om vi har fremragende helsetjenester og likeverdige tjenester er det den enkelte som bedømmer ut ifra sine behov og erfaringer med tjenestene.

Helseforetaket setter seg konkrete og ambisiøse mål for flytting av tjenester i eller nær hjemmet. Store sosiale forskjeller i samfunnet gir ulike utgangspunkt for pasienter og brukere, og det er derfor ikke like lett for alle å få sykehuset inn i stuen. Brukerens rett til å medvirke i utforming av tjenestene må gå foran et ambisiøst mål om tjenester i hjemmet.

Prioriterte pasientgrupper.

Barn og unge med helseproblemer, og deres pårørende, må få gode og tilpassede tjenester etter de enkeltes behov. Hjemmebaserte tilbud kan i mange tilfeller være gunstig for barn og unge da det gjør det lettere å opprettholde skole- og fritidsaktivitet.

Også viktig at gode, og dårlige, resultater av samarbeid i helsefellesskapene vektlegges i den videre utviklingen av pasientforløp og læring mellom helseforetakene for de prioriterte pasientgruppene.

Pasient- og brukarmedvirkning.

For å skape pasientens helsetjenester må pasienten være i sentrum og ikke minst være med i utformingen av tjenestene. Helseforetaket vil påse at det er reell brukarmedvirkning på alle nivå i regionen, noe som da også innebærer individnivå. Reell brukarmedvirkning vil si at brukernes medvirkning fører til konkrete endringer av/i tjenesten. Med forskjellige behov for den enkelte kan dette fort bli en utfordring å etterleve, spesielt når en skal levere tjenester som skal oppleves likeverdige for den enkelte.

Mental Helse har som brukerorganisasjon stort søkelys på brukarmedvirkning på alle nivå; systemnivå (politisk og administrativt), tjenestenivå og individnivå. Ved å tilby opplæring og kunnskapsheving om brukarmedvirkning på alle nivå, forsøker vi å få til en gjensidig forståelse for brukarmedvirkningen og dens verdi.

Brukermedvirkning er nedfelt i de fleste lover, forskrifter, retningslinjer osv. Likevel opplever pasienter og bruker at det ikke får medvirke eller at medvirkningen ikke fører til noe endring av tjenesten. På samme måte får vi tilbakemelding fra mange brukerrepresentanter om at forståelse for brukarmedvirkning ikke alltid er lik, noe som gjør det vanskelig å medvirke med tjenestene i foretakene, kommunene og innad i fagmiljøer (inkl. forskningsmiljøene). Å få til en gjensidig forståelse for reell brukarmedvirkning på alle nivå vil være til nytte for alle parter.

Brukermedvirkning eller brukerinvolvering? Hvilket begrep bør brukes?

Helsedirektoratet bruker *brukarmedvirkning* som overordnet benevnelse på tema (<https://www.helsedirektoratet.no/tema/brukarmedvirkning>), også veileder for «Brukermedvirkning på systemnivå i helseforetak» bruker ordet brukarmedvirkning. Spesielt innen forskning har brukarmedvirkning vært et omstridt tema, og da spesielt i forhold til rollen som medforskere. (Vedlegg 5 i veilederen omhandler brukarmedvirkning i forskning.) De fleste lovverk og forskrifter bruker *medvirkning* eller *brukarmedvirkning* om pasient og brukers rett til å medvirke i utforming av tjeneste. Ordet *brukerinvolvering* refererer til praksis i medvirkningsarbeidet, og er da en selvfølge dersom man skal ha reell brukarmedvirkning på alle nivå.

Mental Helse har følgende konkrete innspill til veivalgene:

Kapittel 4.1.1: Mental Helse mener at punkt 2 under, Helse Midt-Norge vil, bør skrives om til:

- Bidra til at det skapes sammenhengende tjeneste basert på det generelle behov og den samlede erfarings- og fagkompetanse.

Kapittel 4.1.4: Mental Helse har et ønske om det settes større søkelys på gjensidig forståelse for reell brukermedvirkning, og at det vert tatt med et nytt punkt om dette i Helse Midt-Norge vil:

- Sørge for en gjensidig forståelse for reell brukermedvirkning.

Kapittel 4.2.1: Ta bort ordet «brukerinvolvering» i punkt 2. Det henvises til de nasjonale retningslinjer for brukermedvirkning.

- Sikre aktiv brukermedvirkning i forskning.

Kapittel 4.2.2: Endre ordet «brukerinvolvering» sin betydning i punkt 4 ved å endre ordlyden til:

- Ha fokus på medvirkning ved å involvere pasienter og brukere i innovasjonsprosjekter og stille krav til brukermedvirkning i tildeling av innovasjonsmidler.

Svar/innspill til spørsmål 2:

Ut i fra samfunnets utvikling og aldersfordelingen fremover mener vi det viktigste grepet helseforetaket må sette inn i den kommende fireårsperioden er å være en attraktiv arbeidsplass. Å ha et bærekraftig personell og god kompetanse på alle nivå kan oppnås ved stort fokus på etter- og videreutdanning, innovasjonsprosjekter og forskning som drivkraft. Samhandlingen må styrkes, både innad og utad.

Samarbeidet med kommunene må utvides for å nå målene om en *fremragende, likeverdig og sammenhengende helsetjeneste*. De regionale fellesløsningene og digitaliseringen for bedre tjenester og pasientmedvirkning bør sees i sammenheng. Digitaliseringen bør komme naturlig grunnet dens funksjonalitet og ikke bli påtvunget som effektivisering eller gevinst.

I nummerert rekkefølge vil vårt ønske se slik ut:

- Bærekraft i personell og kompetanse
- Samling om beste praksis
- Sterkere samhandling
- Regionale fellesløsninger
- Digitalisering for bedre tjenester og pasientmedvirkning.

Avsluttende kommentar

Administrerende direktør Stig Arild Slørdahl skriver i kap. 1 *«Kvalitet og pasient-sikkerhet må veie tyngst i prioriteringene for en likeverdig helsetjeneste. I det ligger det at alle pasientgrupper skal oppleve at prioritering er uavhengig av diagnose og at vi også sikrer en fremragende helsetjeneste til pasientgruppene uten de sterke interesseorganisasjonene.»*

Hva som menes med *«uten de sterke interesseorganisasjonene»* vet vi ikke, men om en skal ha større samarbeid med kommunene om helse- og omsorgstjenester kommer en ikke utenom oss i organisasjonene. *Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-10 Pasienters og brukeres innflytelse og samarbeid med frivillige organisasjoner* sikrer oss retten til å medvirke og samarbeide om utvikling av helsetjenesten.

Med vennlig hilsen

Anna Elise Opheim (sign.)
leder
Mental Helse Trøndelag

Stig Ålgårdstad (sign.)
leder
Mental Helse Møre og Romsdal