

HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET
(HOD)
Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Deres ref
21/4044-

Vår ref
16/04064-36

Saksbehandler
Bjørn Hjalmar Nielsen

Dato
21.03.2022

Høringsinnspill til Nasjonal helse- og sykehusplan 2024-27 fra Helsefellesskapet for Ahus og kommunene

Det vises til brev datert 21.9.2021 med invitasjon til å komme med innspill til Nasjonal helse- og sykehusplan 2024 – 2027.

Helsefellesskapet for Ahus og kommunene ønsker gi følgende innspill til de 6 spørsmålene i høringsbrevet:

1. Hvilke erfaringer har dere høstet så langt, bl.a. knyttet til samarbeid mellom kommunene, mellom kommunene og helseforetak, etablering av sekretariatsfunksjoner, gode og likeverdige beslutningsprosesser, samt etablering av felles prosjekter?

Ahus og kommunene har gjennom flere år hatt samarbeidsorganer som ligner helsefellesskapsstrukturen. Det har derfor ikke vært nødvendig å gjøre større tilpasninger til ny samhandlingsmodell. Helsefellesskapet planlegger å gjøre en evaluering av samhandlingsstrukturen, samarbeidet og møtearenaene i løpet av 2022. Strategisk samarbeidsutvalg (SU) fungerer godt. Brukerne har i dag 2 representanter i utvalget. Med innføring av helsefellesskapene har utvalget nå besluttet få inn representasjon fra fastlegene samt sikre brukerrepresentasjon på alle nivåer. Helsefellesskapet har imidlertid en lengre tradisjon for brukerrepresentasjon i konkret prosjektarbeid, der brukerne bidrar med viktige innspill til utvikling av tjenestene. Videre er det etablert et forum for legene i helsefellesskapet, som er en møteplass på tvers av omsorgsnivåene. Det er også laget egne legesider på Kompetansebroen.

Til forberedelse av saker til strategiske samarbeidsutvalg (Administrativt samarbeidsutvalg og Helse- og omsorgsfaglig samarbeidsutvalg) og partnerskapsmøtet er det etablert et felles arbeidsutvalg. Dette bidrar til å skape helhet i saksgangen. For noen saker der det er behov for utredning i kommunene hadde det imidlertid vært nyttig med en bedre samordning på kommunesiden. Med mange kommuner i helsefellesskapet er det viktig å komme frem til felles løsninger som underletter samarbeidet mellom spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjeneste om tjenester eller enkeltpasienter.

Under strategisk samarbeidsutvalg er det etablert fire fagråd med representanter fra helseforetaket og de fem kommuneregionene. Fagrådene har bidratt til god samhandling og operasjonalisering av delavtalene under samarbeidsavtalen. For samarbeidet innen psykisk helse/rus for voksne og ungdom/barn er det etablert forum for ledelsessaker (LSF) for hvert av de fire DPS/ARA og BUP områdene i Ahus sitt opptaksområde.

For å sikre god koordinering har kommunene organisert seg med en samhandlingskoordinator i hver av de fem regionene. Koordinatorene har sørget for god informasjonsflyt og vært pådrivere for prosjekter og forbedringsarbeid i samhandlingen.

Helsefellesskapet jobber med utvikling av tjenestene i flere felles prosjekter. Det tildeles samhandlingsmidler i tråd med vedtatte prioriteringer i en felles samhandlingsplan. Mange av prosjektene initieres av helseforetaket, og det er en målsetning for helsefellesskapet at flere prosjekter initieres av og tar utgangspunkt i opplevd behov i kommunene. Videre oppleves det som krevende å lykkes med overgangen fra prosjekt til drift. Manglende implementering skyldes delvis utfordringer med å finansiere en ny tjeneste eller nye måter å levere tjenester på, og delvis at kommunene har ulike forutsetninger knyttet til kompetansesammensetning og organisering.

Kompetansebroen er en plattform for samhandling og kompetansedeling, som er utviklet av helsefellesskapet. Dette verktøyet er en viktig suksessfaktor i samarbeidet. Nettsidene er både en informasjonskanal for samhandlingen og en samling av fagstoff, e-læringskurs og instruksjonsvideoer. Den elektroniske løsningen gjør informasjonen og læringsverktøyet lett tilgjengelig for alle aktørene i helsetjenesten, og både ledere og helsepersonell er aktive brukere.

2. Hva opplever helsefellesskapet som mest krevende for å nå målene om mer sammenhengende, bærekraftige tjenester for pasienter med sammensatte behov? Hva gjør dere konkret for å adressere disse utfordringene?

Det er en utfordring at samarbeidspartnerne ikke har tilstrekkelig kunnskap om hverandres tjenester. Det har vært jobbet i flere år med å avklare forventninger til hverandre og skape god kommunikasjon, for å sikre gode overganger mellom omsorgsnivåene. Dette er et arbeid som vil fortsette også fremover. En suksessfaktor er å involvere hverandre, fremfor kun å informere. For pasienter med kroniske lidelser er det særlig viktig med godt samarbeid. Det er igangsatt et prosjekt der det prøves ut forsterket oppfølging av KOLS-pasienter etter sykehusopphold, blant annet ved hjelp av digital hjemmeoppfølging. Både kommune, sykehus, fastlege og pasient er involvert i samarbeidet.

For pasienter med sammensatte problemstillinger kan det være en utfordring at ulike deler av tjenesten ikke er tilstrekkelig koordinert. Det er behov for at noen ivaretar pasientens helhetlige behov. På bakgrunn av dette prøves det ut en tjeneste der kommune, sykehus, fastlege og pasient jobber sammen om en felles behandlingsplan og tiltak for å forebygge akutt forverring (integreerte helsetjenester for sårbare eldre med sammensatte behov).

Et viktig hinder for effektiv samhandling er mangel på felles IKT-løsninger. Det er behov for felles elektroniske behandlingsplaner og deling av data; både for god oppfølging av den enkelte pasient og for løpende evaluering av tjenesten. Videre blir overgangene mellom sykehus og kommune mer krevende når det brukes ulike leverandører for verktøy og utstyr til digital hjemmeoppfølging. Det er tatt initiativ til å utarbeide felles mål for teknologiområdet, med sikte på å finne gode løsninger.

Ulike finansieringsordninger skaper utfordringer med å gå over fra prosjekter til etablering av nye tjenester eller nye måter å levere tjenester på. Mange prosjekter er finansiert med samhandlingsmidler eller eksterne midler, og det er krevende å finne finansiering til videre drift i de lokale budsjettprosessene i henholdsvis kommune og helseforetak. Dette er et strukturelt problem som helsefellesskapet ikke kan løse alene. I hvert prosjekt jobbes det målrettet med å forankre nye tjenester i lederlinjene, samt identifisere og løse andre hindre for etablering av en ny tjeneste, for å gjøre overgangen enklere.

3. Har dere gode eksempler på tjenester som er utviklet/er i ferd med å utvikles i fellesskap for de fire prioriterte pasientgruppene? Hvordan kan innsikt fra disse eksemplene

overføres til andre helsefellesskap og/eller forsterkes gjennom neste nasjonale helse- og sykehusplan?**Gode eksempler**

- Etablering av FACT-team for voksne og FACT-ung
- Barn som pårørende i kommunene.
- Respiratorbehandling hjemme
- Stillasbyggerne; helsetilbud som følger opp barn som ivaretas av barneverntjenesten
- Brobyggerne, som bygger på stillasbyggerne
- Godt samarbeid mellom kommunene og habiliteringstjenesten på sykehuset
- Ambulerende team; eksempelvis palliativt team og ambulerende sykepleieteam
- IMR. Et standardisert kunnskapsbasert behandlingsprogram som skal hjelpe personer med alvorlige psykiske lidelser til å utvikle personlige strategier for å mestre eget liv.
- PLO (elektroniske pleie- og omsorgsmeldinger) og annen elektronisk kommunikasjon. Fungerer godt mellom kommuner og sykehus, men krevende for fastlegene.
- Integrerte helsetjenester for sårbare eldre med sammensatte behov; koordinert oppfølging av pasienter med stort behov for ulike helsetjenester
- Mitt liv, mitt ansvar; forsterket oppfølging av KOLS-pasienter etter utskrivelse fra sykehus
- Kompetansebroen; nettportal for samhandling og kompetansedeling

Deling

Erfaringene med Kompetansebroen viser at det er helt avgjørende å ha en god elektronisk plattform for samhandling og kompetansedeling i helsefellesskapet. Dette er et verktøy som er egnet for å deles, og kan tas i bruk av alle helsefellesskap i landet. Lokale redaksjoner har ansvar for egne sider som kan tilpasses det enkelte områdes behov, mens den tekniske løsningen og felles innhold forvaltes av en sentral redaksjon.

Utvikling og ibruktakelse av verktøy for digital hjemmeoppfølging og deling av helsefellesskapsdata er et arbeid som vil være helt sentralt fremover, og som bør forsterkes gjennom Nasjonal helse- og sykehusplan. Det er mange gode eksempler i helsefellesskapene, men også mange felles utfordringer som sannsynligvis kan løses på en koordinert måte.

4. Hvordan kan nasjonale myndigheter (departement, direktorater) støtte helsefellesskapene i arbeidet med å nå sine mål? Hvilke justeringer i nasjonale virkemidler (faglige råd, regulering, styringsinformasjon, finansieringsordninger) vil bidra til å realisere målene? Hvilken støtte fra Helsedirektoratet og andre etater har vært spesielt nyttig så langt? Hvilken støtte savner dere?

Ettersom det er utfordrende å gå fra prosjekt til implementering av en tjeneste i drift kunne det vært nyttig om nasjonale myndigheter så nærmere på finansieringsordninger for pasientforløp som går på tvers av omsorgsnivåene. Dette vil særlig gjelde pasienter med sammensatte og langvarige behov, og pasienter som er spesielt sårbare, som barn og unge, pasienter med psykiske lidelser og skrøpelige eldre. Finansieringsordningene bør stimulere til etablering av felles team eller halvannenlinje-tjenester, bruk av teknologiske verktøy og økt kompetanse om behandling og oppfølging av de aktuelle pasientgruppene.

Videre vil det være viktig å avklare juridiske og tekniske forutsetninger og rammebetingelser for ibruktakelse av teknologiske verktøy i samarbeidet mellom kommune, sykehus, fastlege og pasient. Dette bør gjøres nasjonalt, slik at hvert enkelt helsefellesskap ikke må utrede slike spørsmål hver for seg.

5. Hvordan kan regionale aktører (KS, regionale helseforetak, statsforvalteren) støtte helsefellesskapene i arbeidet med å nå sine mål? Hvilken støtte har vært spesielt nyttig så langt? Hvilken støtte savner dere?

Regionale helseforetak

- legge til rette for styrings- og tjenesteforløpsdata tilrettelagt for samhandling på tvers
- lage systemer for forløpskoordinering

KS

- finansiere tjenesteutvikling, særlig i tilknytning til teknologi og digitalisering
- legge til rette for bedre tilgang til styringsdata i kommunene
- skape felles retningslinjer for kommunerollen i helsefelleskapene
- arrangere nasjonale samhandlingskonferanser
- fasilitere nettverksbygging

Statsforvalteren

- besøke samhandlingsfora, informere om sin rolle og oppgaver, invitere til dialog om relevante samarbeidsområder

Erfaringer

Det er nyttig å delta i det nasjonale nettverket i regi av Helsedirektoratet og de nasjonale samlingene. Det er imidlertid ønskelig at mandat og forventninger til deltakerne blir tydeligere formulert.

6. Er det noe annet dere vil spille inn til Nasjonal helse- og sykehusplan 2024 – 2027?

Det vil være viktig å se på tvers av sektorer, blant annet å styrke samarbeidet mellom helse og skole, samt samarbeid mellom helse og politi.

Med hilsen

på vegne av Helsefelleskapet for Ahus og kommunene

Øystein Mæland
Administrerende direktør
Leder Administrativt samarbeidsutvalg

Bente Heggedal Gerner
Avdelingsleder Samhandling og helsefremming
Representant Administrativt samarbeidsutvalg og
Helse- og omsorgsfaglig samarbeidsutvalg

Dokumentet er elektronisk godkjent