

Helse- og omsorgsdepartementet

postmottak@hod.dep.no

Deres referanse
21/4044-

Vår referanse
Mona Ryste

Dato
23.03.2022

Innspill til Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024 – 2027 fra Helsefellesskapet i Møre og Romsdal

Helsefellesskapet i Møre og Romsdal oversender herved sine innspill til Nasjonal Helse- og samhandlingsplan for 2024-2027.

Sammendrag

Helsefellesskapet i Møre og Romsdal fremmer følgende forslag til konkrete innspill til Nasjonal helse- og samhandlingsplan for 2024-2027:

- Staten kan understøtte helsefellesskapenes konsensusorienterte arbeidsform gjennom kunnskapsdeling, incentiver og styring, eksempelvis prosjektstøtte, finansieringsordninger som understøtter samhandling og helhetlige pasientforløp, og gjennom videreutvikling av regelverk.
- Fastlegenes inntreden i helsefellesskapene har vært vellykket. Videre finansiering av medvirkningen bør legges til sentrale forhandlinger mellom staten og Legeforeningen.
- Helsefellesskapet erkjenner både en frykt for uønsket vekst i byråkrati, samtidig som virksomhetene kan ha knapt med faglige og administrative ressurser til å imøtekomme de ambisjoner som helsefellesskapene er tillagt.
- Helsefellesskapene trenger samhandlingsstatistikk som viser framgang og gevinster over tid, og statistikk som sammenligner resultatoppnåelse mellom helsefellesskapene, inkludert pasienttilfredshetsundersøkelser. Det trengs styrket lokal analysestøtte, men i enda større grad styrket løpende nasjonal statistikk med relevante indikatorer. Her bør helsefellesskapene og sentrale helsemyndigheter samarbeide, og stille nødvendige ressurser til disposisjon.
- Bidragsytere innenfor samarbeidsarenaene skifter over tid, og kontinuitet i forbedringsarbeidet forsinkes ved personellskifte når utnevningsperioden går ut. Nytt personell trenger både opplæring og tid til å gjøre seg kjent med samarbeidspartnerne og arbeidsform. Deltakere i faglige samarbeidsutvalg har heldigvis vært mer stabile over tid.

Denne kontinuiteten kan vise seg verdifull for leveringsevnen innenfor det faglige samarbeidet som finner sted.

- I det videre arbeidet med ny stortingsmelding om Nasjonal helse og samhandlingsplan kan HOD styrke erfaringsdeling gjennom å videreutvikle etablerte nasjonale møteplasser i regi av Helsedirektoratet, men også gjennom å dele konkrete løsninger som helsefellesskapene har utviklet. Helsefellesskapet i Møre og Romsdal vil trekke fram en egenutviklet mal for handlingsplaner i tråd med forskrift for ledelse og kvalitetsutvikling og Helsebibliotekets modell for kvalitetsutvikling. Denne malen skal understøtte implementeringen av endringer fra faglige anbefalinger til pasientrettede tiltak.
- De prioriterte pasientgruppene som er nevnt i gjeldende Nasjonal helse og sykehusplan representerer ressurskrevende tjenestekområder med åpenbare behov for forbedring. HOD sin prioritering bidrar til å begrense bredden i initiativ lokalt. Det er trolig nødvendig for å bli i stand til å lykkes med de krevende oppgavene knyttet til implementering av resultater som skal komme pasientene til gode. Våre faglige samarbeidsutvalg trenger noe tid til å omstille seg fra arbeidsformen under den tidligere samarbeidsavtalen, bl a med å avslutte igangsatte oppgaver fra forrige periode. HOD bør derfor være forsiktig med å utvide eller endre på de utvalgte pasientgruppene ved inngangen til ny avtaleperiode.
- Erfaringene fra pandemien viste at helsefellesskapet ikke hadde bygget inn en egnet samarbeidsarena for løpende krisehåndtering. Hittil hadde arbeidet med beredskap vært konsentrert om planlegging. Etter en periode med famling ble det etablert en god møtearena mellom kommunene og HMR. Statsforvalteren ble samtidig en verdifull bidragsyter innenfor de nye møteplassene som ble etablert mellom partene i helsefellesskapet. Krisehåndtering bør integreres tydeligere i de framtidige forventningene til helsefellesskapene.
- FoU-midler og innovasjonsmidler til samhandlingsrettede miljøer i fylkene bør styrkes. Den viktigste samarbeidspartneren for samhandlingsprosjekter er universitet og høyskoler i fylkene. Omfanget av forskningsmidlene som går til regionsykehusene er betydelig i forhold til helseforskningsmiljøene ellers i regionen. Det finnes gode forutsetninger for å knytte forskningsaktive studenter på master- og PhD-nivå til disse miljøene. HOD bør vurdere å øremerke deler av de årlige forskningsmidlene til de regionale helseforetakene til samhandlingsrettede tema mellom helseforetak og kommuner som tilgodeser hele regionen. Også tiltak knyttet til veiledning og endringsstøtte bør styrkes.
- Utdanningskapasitet og rekruttering i Møre og Romsdal er for lav både for kommuner og helseforetak, spesielt ved bachelorutdanningen innen sykepleie og vernepleie. Fylket mangler dessuten flere fastleger enn øvrige landsdeler, bortsett fra Nord-Norge. Den demografiske utviklingen tilsier at denne utfordringen vil bli enda større i årene framover.
- For å nå målene om mer sammenhengende, bærekraftige tjenester for pasienter med sammensatte behov må det satses mer langsiktig og målrettet både fra statens side gjennom sitt virkemiddelapparat, og lokalt i helsefellesskapene gjennom konkrete, langsiktige handlingsplaner. Her er Møre og Romsdal foreløpig ikke kommet godt i gang.

- Ordningen med forløpskoordinator for pasienter med langvarige og sammensatte behov har vist seg å være spesielt nyttig. Det er derfor behov for å styrke forløpskoordinatorrollen i pasientforløpene.
- Departementet og Helsedirektoratet bør iverksette utprøvningsprosjekter som understøtter finansiering av helhetlige pasientforløp der både helseforetak, kommuner og fastleger m fl blir i stand til å tilby tjenester uten dagens risiko for å overta/velte over kostnader på partneren i helsefellesskapet. Midt-Norge bør være en god arena for slike prosjekt gjennom Helseplattformen og bredden i etablerte lokale og regionale forsknings- og fagmiljø.
- HOD og Helsedirektoratet bør styrke innsatsen med utvikling av både statistikkgrunnlag og løpende statistikk for styring, planlegging, kvalitetsutvikling og finansiering av pasientforløp som helsefellesskapene arbeider med i fellesskap og hver for seg.
- Fastlegekrisen påvirker både kommuner og helseforetak. Den innebærer svak rekruttering og frafall av etablerte leger. Hurdalsplattformens signaler om reduksjon av listestørrelse og økning av basistilskuddet vil først og fremst virke på å beholde etablerte praksiser, men isolert sett begrense kapasiteten. Tiltakene må kombineres med virkemidler som styrker nyrekrutteringen. Etablering av medisinerutdanning i Ålesund i regi av NTNU er en løfterik satsing.
- Demografisk og økonomisk utvikling i et lengre perspektiv påkaller ytterligere innovasjon og mer bruk av velferdsteknologi, men også styrking av folkehelse og tiltak som fremmer egenomsorg. Her kan kommunene og helseforetaket både samarbeide mer og gjøre mer hver for seg i f eks pasientopplæring, rehabilitering og gjenopptrening mm.

Innledning

I tråd med gjeldende Nasjonal helse og sykehusplan inviterte Helse og omsorgsdepartementet (HOD) helsefellesskapene til å gi innspill til ny Nasjonal helse og samhandlingsplan (NHSP).

Partnerskapsmøtet i Helsefellesskapet i Møre og Romsdal har behandlet invitasjonen og har delegert oppgaven med å utarbeide og oversende innspill fra helsefellesskapet til Strategisk samarbeidsutvalg (SSU) på nivå 2 i helsefellesskapet. SSU har innhentet og bearbeidet åpne innspill og kommentarer fra de fire lokale samarbeidsutvalgene i helsefellesskapet i nivå 3. De faglige samarbeidsutvalgene (12) har ikke vært direkte eller systematisk involvert i denne første innspillprosessen.

Felles og separate innspill til NHSP fra Møre og Romsdal

Hver for seg kan kommunene og Helse Møre og Romsdal (HMR) komme til å avlevere egne innspill til NHSP 2024-2027.

Helsefellesskapet i Møre og Romsdal uttrykker intern enighet om råd og vurderinger i dette innspilldokumentet. Her ligger en forventning om at innspillene vil få betydning for departementets videre arbeid med NHSP.

Innspillarbeidet har i seg selv bidratt til å skape lokal konsensus i vesentlige spørsmål for helsefellesskapet gjennom prosessen som ligger bak utarbeidelsen av dokumentet.

Alle kommuner inngikk likelydende samarbeidsavtale med Helse Møre og Romsdal i løpet av første halvår 2021. Denne avtalen åpnet for å komme videre til kjernen i avtalesamarbeidet, som har å gjøre med det pasient- og brukerorienterte arbeidet. Enighet i pasientrettet arbeid kommer til syne gjennom arbeidet med retningslinjer i de faglige samarbeidsutvalgene i helsefellesskapet.

Fastlegene er invitert inn i helsefellesskapet med sin stemme, uten å være del av samarbeidsavtalen. Vi ser allerede i dag at dette grepet har vært vellykket. KS og Legeforeningen klarte å enes om anbefalte økonomiske rammer for denne bistanden. Kommunene i fylket valgte å følge anbefalingene uten ytterligere forhandlinger. HOD bør vurdere å legge revisjoner av dette avtalegrunnlaget til det sentrale oppgjøret mellom staten og Legeforeningen.

Svar på HOD sine spørsmål og ønsker om innspill

Spørsmål 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?

Struktur og oppstart i Helsefellesskapet Møre og Romsdal

Samhandlingsreformen styrket samarbeidet mellom kommunene og kommuneregionene på den ene siden, og helseforetaket på den andre siden. Samarbeidet har vært mest konkret mellom kommuneregioner og det lokale sykehuset i regionen. Helseforetaket styres og ledes av Helseforetaksloven, og kommunene styres av kommunestyret. Beslutningskraft i helsefellesskapet framkommer først ved konsensus. Kunnskapsdeling, gjensidig respekt og tillit understøtter konsensusprosessene.

Samarbeid mellom kommuner

Møre og Romsdal har fire kommuneregioner som svarer til de fire sykehusområdene i fylket. I hver av kommuneregionene finnes det helseledernetverk, kommunedirektørnettverk og interkommunalt politisk råd. KS Møre og Romsdal bidrar til samarbeid mellom kommuneregionene gjennom tilrettelegging av et felles kommunedirektørkollegium for fylket.

Disse nettverkene er opprettet uavhengig av helsefellesskapet. Kommunene har fra tidligere hatt lang erfaring fra interkommunalt tjenestesamarbeid, f.eks om legevakt og ØHD-senger, om tjenesteutvikling og om utdanning. Fylkets høyskoleutdanninger er kommunenes foretrukne samarbeidsparter innen høyere utdanning. Kommunene samarbeider i varierende grad om læringsarenaer for helsepersonell, inkludert lederutvikling.

Helsespørsmål inngår i den interkommunale interessepolitikken som finner sted innenfor de interkommunale politiske råd. Her er det både felles interesser og delte interesser mellom kommuneregionene på Nordmøre, i Romsdalsregionen, i Ålesundsregionen, og på Søre Sunnmøre. Geografi med fjorder og gamle fogdegrenser gjenspeiles i interessepolitikken. Plasseringen av Sykehuset Nordmøre Romsdal (SNR) er et eksempel.

Samarbeid mellom kommuner og helseforetak

Ny samarbeidsavtale med store utskiftninger

Kommunene i fylket forhandlet fram en samarbeidsavtale med Helse Møre og Romsdal ved årsskiftet 2020-2021. Den bygger på Nasjonal helse og sykehusplan 2020-2023 og samarbeidsavtalen mellom KS og HOD fra oktober 2019. I løpet av første halvår 2021 hadde alle kommuner i fylket signert samarbeidsavtalen.

Avtaleskiftet førte til en pause i arbeidet og til store bemanningsendringer i avtalesamarbeidet.

Nytt partnerskapsmøte ble først konstituert i oktober 2021, etter at sekretariatfunksjoner og strategisk samarbeidsutvalg var etablert i løpet av andre og tredje kvartal samme år. Endringene førte til at nye deltakere trengte tid til å forstå og konkretisere den nye samarbeidsmodellen.

Ledelse av partnerskapsmøte og av strategisk samarbeidsutvalg skal balanseres ved periodevis veksling mellom helseforetaket og kommunene.

Strategisk samarbeidsutvalg (SSU) skal initiere og finne løsninger på tvers av kommuneregionene og lokale samarbeidsutvalg. SSU skal dessuten forberede og følge opp vedtak fra partnerskapsmøtene. SSU har et samarbeidssekretariat med representanter fra hver av kommuneregionene og fra HMR. Kommunene har samlet seg om en statlig finansiert sekretariatsfunksjon lokalisert til Ålesund. Det tok tid å få opprettet denne sekretariatfunksjonen i påvente av utbetaling av statlig støtte. Saksomfanget i samarbeidssekretariatet kan tyde på at den statlig finansierte ressursen kan bli for knapp til å dekke behovet framover. Helsedirektoratet bør videreføre den økonomiske støtten til kommunens sekretariat en tid framover, inntil arbeidsformen er kommet mer på plass, og ressursbehovet er blitt mer forutsigbart.

Samarbeidsavtalen bygger fortsatt på å opprettholde lokale samarbeidsutvalg mellom hver kommuneregion og respektive lokale sykehus innenfor Helse Møre og Romsdal.

Nivå tre i helsefellesskapet inkluderer fire lokale samarbeidsutvalg (LSU) og 12 faglige samarbeidsutvalg (FSU). Helseforetaket må på sin side forholde seg til fire kommunegrupperinger, og kommunegrupperingene må samlet sett forholde seg til ulike representanter fra helseforetaket innenfor samme saksområde. Ordningen åpner for å finne gode lokale løsninger, samtidig som duplisering av innsats og løsninger kan skje. Helseforetaket må på sin side framstå koordinert overfor kommunegrupperingene.

Foreløpige erfaringer kan tilsi at denne omfattende strukturen bør gjennomgås. Lokale gevinster bør veies opp mot vekst i byråkrati, med økt behov for koordinering og oppgaveavgrensning. Innspillene fra hver av de lokale samarbeidsutvalgene er lagt ved i sin helhet.

De faglige samarbeidsutvalgene (FSU) går på tvers av kommuneregionene. Denne løsningen vil kunne fremme felles faglige samarbeidsaktiviteter med enhetlige faglige retningslinjer på tvers av fylket og helseforetaket. Arbeidet i FSU har preg av kontinuitet, men uavsluttede aktiviteter fra forrige avtaleperiode har foreløpig begrenset innsatsen innenfor de fire prioriterte pasientgruppene fra HOD.

Etter initiativ fra Strategisk samarbeidsutvalg (SSU) skal hvert FSU følge en felles mal for handlingsplaner framover som korresponderer med Forskrift om ledelse og kvalitetsutvikling i helse- og omsorgstjenesten og Modell for kvalitetsutvikling fra Helsebiblioteket. Malen skal understøtte både systematikk og overføring fra prosjektorienterte aktiviteter til konkrete endringer i retningslinjer og forbedringer av pasientforløpene.

Krisesamarbeid

Kommunene og helseforetaket fikk god trening i krisesamarbeid gjennom pandemien.

Mange vil hevde at det faglige samarbeidet fungerte godt gjennom egne digitale møteplasser. Før pandemien hadde helsefellesskapet vesentlig samarbeidet om beredskapsplanlegging. Det viste seg at både faglig og administrativt samarbeid måtte organiseres for å håndtere den løpende krisehåndteringen under pandemien. Denne nye samarbeidsformen videreføres på flere vis under krigen i Ukraina.

Oppgaveomfanget innenfor beredskap førte til at beredskapssamarbeidet ble skilt ut i et eget faglig samarbeidsråd.

Regelmessige felles møter under pandemien bidro til lik kriseforståelse. Utfordringer i ressursbehov og arbeidsdeling fant i stor grad raske og akseptable løsninger for partnerne. Bidraget fra Statsforvalteren var her vesentlig.

På administrativt og politisk nivå førte pandemien til styrket beredskap mellom kommunene og helseforetaket. Det var frykt for høyt press på sykehussenger og intensivsenger spesielt, men i Møre og Romsdal ble sengekapasiteten ikke alvorlig truet. Helseforetaket reduserte aktiviteten, og presset på utskrivinger ble tilsvarende redusert overfor kommunene under store deler av pandemien.

Felles prosjekter

Aktiviteten i faglige samarbeidsutvalg er i stor grad prosjektorientert. Forbedringer i mer helhetlige pasientforløp på tvers av forvaltningsnivåene har foregått over tid i fylket. Her trekkes fram ulike tema, fra psykisk helse og innenfor helsehjelp til barn og unge, men også arbeid med felles retningslinjer for samarbeid mellom spesialist- og primærhelsetjenesten for pasienter med livsoppretholdende langtidsmekanisk ventilasjon LTMV, som startet opp i 2021.

Helse Møre og Romsdal har i samarbeid fire kommuner utviklet programmet Barneblikk, som er et lavterskeltilbud til sårbare familier der de følger opp barnet fra graviditet til barnet er 7 år. Tjenesten involverer tilbud til hele familien og har som mål å løse familien gjennom vanskelige perioder. Det er ofte sårbare familier med risiko for psykisk helse og rus. Barneblikk ble utviklet etter oppdrag fra HOD i 2015. Link til nettside: [Barneblikk familieteama i Møre og Romsdal - Helse Møre og Romsdal \(helse-mr.no\)](https://helse-mr.no/barneblikk). Barneblikk er en suksesshistorie og viser hva som er mulig å oppnå ved godt samarbeid. Tiltak i en tidlig fase sparer store utfordringer utgifter på et senere tidspunkt.

Pandemien har gitt positive effekter i form av digitalisering i pasient- og pårørendeopplæring. Det er nå gjennomført kurs i spesialisthelsetjenesten med videooverføring til frisklivssentralene i kommunene. Dette gjør at pasienter og pårørende kan møte i mindre grupper på lokale steder i kommunen, og derfor slipper lang reisevei til sykehuset for opplæring.

Krisesamarbeidet under pandemien ble gjenstand for et forskningsprosjekt mellom høyskolemiljøene i fylket og Helseforetaket. Prosjektet skal undersøke samhandlingsmønstre på tvers av forvaltningsnivåene, med mål om å identifisere faktorer som hemmer og fremmer samhandling i et før, under og etter- perspektiv. Kommunene er involvert som arena og i styring av prosjektet, som finansieres gjennom forskningsmidler fra Helse Midt-Norge. Les mer på [Forskningssamarbeid om covid-19 - Helse Møre og Romsdal \(helse-mr.no\)](https://helse-mr.no/forskningssamarbeid-om-covid-19)

Både kommuner og Helse Møre og Romsdal er involvert i det forberedende arbeidet med et felles elektronisk pasientjournalssystem i Helseplattformen. Samarbeidet mellom kommuner og Helse Møre og Romsdal i dette utviklingsarbeidet har vært beskjedent sammenlignet med den betydelige koordineringen som er gjennomført på tvers av organisasjonene sammen med helsepersonell, fagpersoner og ledere, og i regi av Helseplattformen as og regionale (kommunale) innføringsledere. Prosjektet er svært stort, og innføring av systemet vil påvirke samhandlingen mellom kommuner og helseforetak i omfattende grad. Det vil skje gradvis over noen år, med oppstart i Trøndelag fra mai 2022. Prosjektet er et offentlig-offentlig samarbeid, men løsningen vil bli tilgjengelig også for fastleger og andre selvstendige helseprofesjoner.

Under første ordinære partnerskapsmøte i 2021 ble det tatt initiativ til en felles satsing for å styrke arbeidet med å rekruttere og beholde fagpersoner, spesielt sykepleiere i fylket, men også leger. Bekymringen over bemanningsmangelen deles mellom HMR og kommunene. Det knyttes forventninger til samarbeid med NTNU om medisinerutdanning i Ålesund fra høsten 2023.

I fylket har forskning og utviklingsarbeid rettet mot pasienter med store og sammensatte behov og arbeid for skrøpelige eldre foregått over noen år. Forskningsarbeidet rettet seg mot helhetlige pasientforløp med utgangspunkt i forskning fra Nordmøre (A Grimsmo 2009). Prosjektet ble gjennomført i samarbeid mellom Surnadal, Sunndal og Fræna kommune, Molde sykehus, og samarbeidende kommuner i Orkdalsregionen. I dag er resultatene blitt tatt i bruk over hele landet, og utviklingsarbeidet fortsetter videre i regi av NTNU. Resultatene har relevans i forbindelse med oppgaveoverføringen til kommunene i forbindelse med Samhandlingsreformen.

[Helhetlige pasientforløp - Helsedirektoratet](#)

I en sammenligning fra Helsedirektoratet i 2019 fra kommunalt pasient- og brukerregister går det fram at Møre og Romsdal har høyest andel skrøpelige eldre i landet, og nest høyest andel i undergruppen svært skrøpelige. Samtidig viser KOSTRA-tall at kommunene i Møre og Romsdal har høye kostnader innenfor pleie- og omsorgssektoren. Helse Møre og Romsdal har på sin side klart å snu kostnadsutviklingen de seneste årene.

Utvikling og organisering av tjenestetilbud viser geografisk variasjon. Romsdal Interkommunale politiske råd (Romsdal IPR) har observert tydelige forskjeller i forbruk av spesialisert rehabilitering mellom Møre og Romsdal og Trøndelag. Forskjellene er interessante og kan tenkes ha ulike forklaringer, inkludert forskjeller i tilgjengelighet, kapasitet eller prioriteringer. Også de kommunale kostnadene til pleie og omsorg viser stor forskjell mellom de to fylkene. KOSTRA-tall viser at kostnadsnivået for kommunale helse- og omsorgstjenester i Møre og Romsdal er ca 30 prosent høyere enn i Trøndelag. Romsdal IPR antyder et potensiale for kostnadsreduksjon på 150 mill. kr. for Molde kommune alene, dersom det totale tjenestetilbudet hadde vært organisert likt, og kostnadsnivået for pleie- og omsorgstjenester i Molde hadde vært tilsvarende nivået i Trøndelag.

Samarbeid om prosjekter i helsefellesskapet har begrensninger per i dag. Helseforetaket har mulighet til finansiering gjennom forskningsmidler fra Helse Midt-Norge. Kommunene har færre muligheter. Statsforvalteren, KS og andre eksterne kilder kan i noen grad bistå med økonomisk støtte til kommunene. Samtidig er det begrenset med personell med forskerutdanning i kommunene, sammenlignet med i helseforetaket.

Lokal utvikling av høyskole- og campusmiljø har stor betydning for kompetanseutvikling, arbeidsplasser og rekruttering lokalt. NTNU etablerer legeutdanning i Ålesund fra og med 2023. Det er en forventning om at det på sikt vil styrke rekruttering av leger til sykehus og kommuner.

Per i dag er det for tidlig å konkludere på det framtidige omfanget av, og temavalgene og kvaliteten på forskningsprosjekter innenfor og om Helsefellesskapet i Møre og Romsdal. En felles FoU-strategi for helsefellesskapet eksisterer ikke, og partnerskapsmøtet har ikke hatt en slik sak til behandling.

Spørsmål 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?

For å nå målene om mer sammenhengende, bærekraftige tjenester for pasienter med sammensatte behov har Helsefellesskapet i Møre og Romsdal organisert arbeidet gjennom seks faglige samarbeidsutvalg som hver for seg retter sin innsats på ulike pasientgrupper med særlige behov. Det er beskrevet mer inngående innenfor delavtale 1 i Samarbeidsavtalen for perioden 2021-2024:

Faglig samarbeidsutvalg for koordinering av tjenester, samt innleggelse og utskrivning fra sykehus (delavtale 1):

- I. Faglig samarbeidsutvalg for barn og unge (habilitering, somatikk og psykisk helsevern).
- II. Faglig samarbeidsutvalg for behandlersamarbeid.
- III. Faglig samarbeidsutvalg for psykisk helsevern og rus.
- IV. Faglig samarbeidsutvalg for multisyke, «stormottakere» og palliasjon.
- V. Faglig samarbeidsutvalg for rehabilitering.
- VI. Faglig samarbeidsutvalg for voksenhabilitering.

Selv om tilbudene i helseforetaket er samorganisert, er kommunene nokså forskjellige. Standardisering av tjenestetilbud i kommunene og harmonisering av tilbud mellom alle kommuner og helseforetaket ligger et stykke fram i tid. Her er kommunenes tjenesteplikter og krav til forsvarlighet mindre presist formulert beskrevet enn i spesialisthelsovgivningen.

Erfaringer med forløpskoordinator har vist seg å være spesielt nyttig for pasienter og brukere. Det er derfor behov for å styrke forløpskoordinatorrollen i pasientforløpene.

I et helhetlig pasientforløp er det viktig å videreutvikle et godt samspill også med avtalespesialistene. Avtalespesialistene sitt bidrag inngår som del av sørge-for ansvaret til det regionale helseforetaket. De statlige virkemidlene overfor de prioriterte pasientgruppene bør være godt koordinert med annen helsehjelp og innrettes slik at nytteverdien gjennom bidraget fra avtalespesialistene også inngår i koordinert innsats overfor pasienter og brukere med sammensatte behov.

Finansieringssystemene for kommuner og helseforetak er helt ulike. Der helseforetakene i økende grad er blitt finansiert gjennom aktivitetsmålinger (aktivitetsbasert finansiering), er kommunene finansiert gjennom det kommunale inntektsfordelingssystemet, som fungerer som rammefinansiering. Denne ulikheten kan gi et insentiv til utilsiktet oppgaveoverføring.

Fagutvalgene har iverksatt forbedringsprosjekter ut fra faglige vurderinger. Overføring av resultater fra utviklingsarbeid til faktiske endringer i pasientforløp kan innebære endringer i ressursinnsats, og som fagutvalgene ikke rår over. Ledelsesforankring og finansiering og ressursstyring må ivaretas bedre for å realisere forbedringer i pasientforløpene.

Gjennom å forankre fagutvalgenes nye handlingsplaner i Forskrift om ledelse og kvalitetsutvikling og Helsebibliotekets metode for kvalitetsutvikling, har helsefellesskapet tatt et grep som skal styrke endringstakten i tjenesteutformingen og faktisk forbedre pasientforløpene.

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?

Det vises til samarbeid om helhetlige pasientforløp (hjem) for pasienter med sammensatte behov ovenfor. Basert på innsamlede data i Kommunalt pasient og brukerregister har Helsedirektoratet nylig presentert resultater fra helsefellesskapet i Møre og Romsdal sammen med tilsvarende resultater fra landets øvrige helsefellesskap. Ved å sammenligne tjenestetilbud mellom kommuner og mellom helseforetak, samt deres ressursforbruk per innbygger, kan helsefellesskapet søke etter forklaringer på variasjoner i tilgang på tjenester og ressursbruk. Brukertilfredshetsmålinger er dessverre sparsomme. Brukermedvirkning i helsefellesskapet kan ikke kompensere for den mangelen.

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?

Forslag: Videreutvikle statistikkgrunnlag og indikatorer for helsefellesskapene

Nasjonale myndigheter kan arbeide videre med å videreutvikle forløpsbasert statistikk for helsefellesskapene med indikatorer for prediksjon av ressursbehov for kommuner og sykehus og forbruk av fastlegetjenester. Sammenligninger mellom geografiske områder vil kunne vise variasjon som kilde for mer analyse og kunnskapsutvikling.

De fire pasientgruppene som allerede er identifisert vil være interessante å arbeide videre med.

Når statistikkgrunnlaget nevnt over er tilfredsstillende, kan nasjonale myndigheter arbeide videre med å identifisere storbrukere av kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenester. Kopling av registre som NPR, KPR, IPLOS og Reseptregisteret, kvalitetsregistre og takstdata fra fastlegene vil til sammen gi god tjenestebeskrivelse fra storforbrukere av helse- og omsorgstjenester over tid. Slike data kan koples videre med ressurs- og økonomidata fra tjenesteyter/behandlende enhet.

Utnytte Helseplattformens muligheter

Snart skal helseforetak og kommuner i Møre og Romsdal ta i bruk Helseplattformen og få helt nye muligheter til å sammenstille pasientdata fra pasientforløp til bruk i fag- og kvalitetsutvikling, planlegging, styring og finansiering. HOD og Helsedirektoratet bør derfor vurdere å iverksette utprøvningsprosjekter i Midt-Norge, som kan se på muligheter for løsninger for videreutvikling av pasientstatistikk og løsninger som kan understøtte finansiering av helhetlige pasientforløp der både helseforetak, kommuner og fastleger m fl blir i stand til å tilby tjenester uten risiko for å overta/velte over kostnader på partneren i helsefellesskapet. Midt-Norge er en god arena for slike prosjekt dels på grunn av den tekniske løsningen som Helseplattformen tilbyr, men også det brede faglige samarbeidet, den planlagte store faglige staben, samt lokale/regionale forsknings- og fagmiljø.

Overgangsfasen i pasientforløp mellom fastlege, kommune og helseforetak kan være utsatt for informasjonstap, likeledes svikt i tilgang til nødvendig kompetanse, utstyr og legemidler. Her kan Helseplattformen og gode nasjonale løsninger utnyttes og videreutvikles for å redusere risiko for faglig svikt og helsetap. Helseplattformen dekker imidlertid ikke alle ledd i den akuttmedisinske kjeden (f eks ambulansejournal).

Nytte og støtte av statlige tiltak

Helsedirektoratets oppstartarbeid med registeretablering og statistikkutvikling basert på bl a KPR gir allerede nyttig informasjon for sammenligninger internt i helsefellesskapet og mellom helsefellesskap. Dette arbeidet bør videreutvikles og gjøres enda mer kjent. Helsedirektoratet etablerte et nasjonalt nettverk for helsefellesskapene i juni 2021. Den erfaringsdeling som foregår i nettverket er relevant og kan vise seg nyttig i konkrete tiltak lokalt, men det kan styrkes ytterligere.

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?

KS står bak samarbeidsavtalen mellom kommunene og HOD fra 2019. Det kan nå være tid for å revidere avtalen, som svar på erfaringer og endringer i samfunnet og sektoren spesielt. Foreløpig har KS sin rolle i helsefellesskapet vært beskjedne, men KS ønsker å bli mer synlig, slik vi kan se i andre helsefellesskap. Helsefellesskapet har her en jobb å gjøre sammen med KS i fylket. KS deltar med engasjement i det regionale samhandlingsnettverket i Midt-Norge.

Helse Midt-Norge er per i dag sekretariat for regionalt nettverk for helsefellesskap i regionen. Her deles erfaringer og informasjon om pågående aktiviteter som fremmer samhandlingen. De tre helsefellesskapene finner stadig egne løsninger for å videreutvikle samarbeidet mellom partnerne. Innenfor sitt mandat er erfaringene med dette nettverket gode. Allokering av statlige/regionale forskningsmidler er nevnt ovenfor.

Statsforvalteren (SF) har vært et viktig knutepunkt mellom kommunene og helseforetaket under pandemien, og senere i forbindelse med krisehåndteringen knyttet til situasjonen i Ukraina. Statsforvalteren har sørget for nødvendig finansiering til kommunenes forberedelser i forbindelse med innføringen av Helseplattformen. Statsforvalteren skal føre tilsyn med forsvarlighet i de helhetlige pasientforløpene. Her gir Statsforvalteren ikke råd, men kan gjøre rede for krav til

forsvarlighet på generelt grunnlag. Helsefellesskapet har besluttet å invitere SF in i utvidete møter i partnerskapet for å kunne medvirke mer i helsefellesskapet.

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

Kommunene og HMR har lagt stor innsats i å få til bedre samhandling gjennom Samarbeidsavtalen fra 2021. Organiseringen av samarbeidet er kommet bra på plass, og Partnerskapsmøtet bidrar til å sette retning for arbeidet. Statens ambisjoner for helsefellesskapene er høye. Foreløpige erfaringer er at fagmiljøene og administrasjonen har lagt godviljen til, men en ser med bekymring på at medvirkning og involvering legger beslag på store ressurser som er hentet fra eksisterende administrasjon og fagmiljø som allerede strever med knappe ressurser. Svar på spørsmålet om økt kvalitet og kostnadsreduksjon totalt sett, som følge av samhandlingen framstår foreløpig uklart, og ytterligere evalueringer av ordningen med helsefellesskapene bør iverksettes, slik at gevinstområder kan styrkes, og ressursøding kan unngås. Partners samarbeid om endringer i pasientforløpene kan medføre oppgaveoverføring i begge retninger. Endringer i ressursforbruk som følge av slike endringer bør utredes både nasjonalt og lokalt og vies større oppmerksomhet, slik at endringene blir til gagn for pasienter og brukere, uten økt økonomisk risiko for helseforetak eller kommune.

Brukermedvirkning og deltakelse fra fastleger i helsefellesskapet oppfattes som verdifullt og en klar forbedring fra tidligere. Ordninger som kan videreutvikle og befeste slik medvirkning støttes.

Dialogen mellom partene er i all hovedsak god, tillitsbasert og preget av konsensus. Fra flere hold rapporteres det at arbeidet med å avklare ansvarsforhold i pasientforløpene mellom HMR og kommunene må videreføres og styrkes. Samhandlingsavvik forekommer og løses deretter. Tvister om samarbeidsavtalens innhold er få, og behandles foreløpig internt. Tema er her gjerne forståelse av betalingsplikt og informasjonsplikt.

Av grunner nevnt ovenfor kom helsefellesskapet i Møre og Romsdal seint i gang, og HMR var allerede kommet i gang med sitt eget arbeid med ny handlingsplan i tråd med forventninger fra HOD. Ideelt sett skulle kommunene og HMR vært i stand til å utarbeide en felles handlingsplan for helsefellesskapet for de nærmeste årene framover, jf endringer i Helse og omsorgsloven juni 2021, om krav til samarbeid om forebygging, om omforente beredskapsplaner og akuttmedisinsk kjede, og om hvordan partene sammen skal utvikle og planlegge tjenestene. Kommuneledelsen i hver av kommunene har foreløpig ikke kommet i gang med arbeidet, og administrasjonen i helsefellesskapet har så langt ikke hatt ressurser til å dra i gang en slik prosess. I denne omgangen vil kommunene være høringsinstans for HMR sin nye handlingsplan.

Invitasjonen fra helseministeren gir helsefellesskapet anledning til å klargjøre og formidle partners felles utfordringer og muligheter for perioden 2024-2027. Helsefellesskapet har hittil så vidt begynt på denne analysen og er foreløpig ikke i stand til å gå dypt inn i disse problemstillingene. Helse Møre og Romsdal kan støtte seg til sitt strategidokument og gjeldende handlingsplan, som nevnt over. Kommunene har ikke utarbeidet noe tilsvarende felles samordnet strategi- og plandokument seg imellom. Kommunene har hver sine.

Partene er enige om at kompetanse og rekruttering av kompetente helsearbeidere må vies høy oppmerksomhet framover. Sykepleiermangelen er økende. Fylket har dessverre mange innbyggere uten fastlege, på linje med Troms og Finnmark, som ligger dårligst an i landet.

Det bygges nytt sykehus i fylket på Hjelset. Arbeidet med videreføring av spesialisttjenester i Kristiansund pågår innenfor meget høye ambisjoner, og fagmiljøene etterlyser forutsigbarhet omkring deres framtidige ansettelsesforhold. Gode fagmiljøer må bevares, og nye skal bygges. Fødeberedskapen i Kristiansund utredes.

Organisering og innhold i spesialisthelsetjenester vil være i stadig endring i årene framover. Også bosetting og kommunikasjoner endrer seg. Samspillet mellom helseforetak kommuner og fastleger må utvikle seg deretter. Tjenestene må likevel forbli godt tilgjengelige for pasienter og brukere. Sørge-for ansvaret er lagt til det regionale nivået, men løsningene finnes gjerne i møte mellom kommunene og helseforetaket.

Kostnadene til helse- og omsorgstjenester i kommunene har økt, samtidig som kostnadene til spesialisthelsetjenestene i fylket har blitt redusert. Betydningen av mulig oppgaveoverføring til kommunene er ikke avklart.

VEDLEGG 1

Innspill fra LSU Ålesund

Innspel frå Lokalt Samarbeidsutval Ålesund

Revidert Samarbeidsavtale mellom Helse Møre og Romsdal HF og kommunane i Møre og Romsdal vart vedteken i 26 kommunestyra i løpet av vårhalvåret 2021.

Sett i lys av at det tok noko meir tid enn forventa å revidere Samarbeidsavtalen mellom Helse Møre og Romsdal HF og kommunane i fylket, er samarbeidet no inne i eit bra spor og synast å vere på rett veg. Det er krevjande å samhandle både i forholdet mellom kommunar og mellom kommunar og helseføretak. Det tek tid å blir kjent med strukturen og dei som arbeider i relativt smale fagfelt kan trenge tid til å finne sin plass i diskusjonane.

Felles samarbeidssekretariat i samarbeidsstrukturen er ein viktig aktør. Kommunane må i større grad i fellesskap forplikte seg til å bidra til gode og likeverdige tenester. Dette er eit viktig arbeid og ein må kunne bruke tid på å justere struktur og samarbeidsformer. Kr. 500 000 til Felles sekretariatsfunksjon for alle dei 26 kommunane i fylket er difor for lite no i tidleg fase av helsefellesskapsstrukturen.

Kommune og helseføretak kjenner kvarandre for dårleg både når det gjeld lovverk, finansiering og arbeidsmåtar. Kommunane må ta eit større ansvar for samarbeidet, men Helsedirektoratet må arbeide med økonomiske insentiv for kommunane. Dette omfattar både betre finansiering av felles funksjonar og samordning av insentiv i finansieringsordningane spesielt i forhold til felles pasientforløp/ pakkeforløp. Pasientforløp/pakkeforløp og ordningar knytt til dette skal ikkje vere noko verken Helsedirektoratet eller helseføretaka presenterer utan at den kommunale helsetenesta er inkludert.

Det har skjedd ei stor utvikling frå Samhandlingsreforma til no. Vi har gode eksempel på arbeidsgrupper som har jobba med til dømes felles Retningslinjer Langtidsmekanisk ventilasjon og Retningslinjer for følgeperson til sjukehus. Det er likevel heilt naudsynt at Helsedirektoratet bidreg med nasjonale retningslinjer og presiseringar.

Dei siste to åra har bidrege til meir dialog mellom helseføretak og kommunar. Helse Møre og Romsdal har teke eit viktig ansvar i forhold til månadlege informasjons- og dialogmøte der også Statsforvaltaren har bidrege.

KS og Statsforvaltaren er hittil ikkje aktive partar i helsefellesskapsstrukturen og kan godt verte meir synlege.

Med helsing

LSU Ålesund

v/ leiar Synnøve Vasstrand Synnes

VEDLEGG 2

Innspill fra LSU Volda

Lokalt samarbeidsutval (LSU) Volda sjukehusområde
møte nr. 1/2022 – Ørsta rådhus.

Innspel/kommentarar til Nasjonal helse- og samhandlingsplan (NHSP)

Framdrift:

LSU Volda har fortløpande innspelsrunde i møte, der referatet gir innspel på moment som kan takast med vidare. SSU vert redaktør i dette arbeidet med frist til 17. mars for samarbeidsekretariatet ved Bodil Våge eller Eli Otterei, for å sende inn innspela samla frå Helsefellesskap Møre og Romsdal. Ein kan også sende eigne innspel som kommune eller andre, dette vert då sendt som vedlegg.

Tilbakemeldingar/kommentarar:

Dei fortløpande **kommentarane frå LSU Volda** er samla og sortert under dei 6 spørsmåla som Helse- og omsorgsdepartementet ynskjer tilbakemelding på (*spørsmåla utheva i kursiv*):

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?

Ein har lang erfaring med samarbeid mellom kommunar og lokalsjukehus. Lokalt samarbeidsutval har eksistert lenge på Søre-Sunnmøre og ein har arbeidd ei periode med førebuingar til dei nye Helsefellesskapa jf. Samhandlingsavtalar og arbeid i regionråda. På den andre sida er den nye strukturen i (det utvida Helsefellesskapet) relativt nytt, og ein har ikkje rukke å få gjort seg veldig mange erfaringar kring dette.

Vi skisserer nokre fordelar og positive erfaringar med Helsefellesskapet så langt, og deretter nokre utfordringar.

I LSU Volda har man eit godt utgangspunkt for samarbeid jf. den etablerte og gode samhandlinga mellom lokalsjukehus og kommunane. Dette vere seg i det såkalla Sjustjerne-nettverket i helse- og omsorg, samt også Lokalt samarbeidsutval. Ein samarbeider godt med ulike prosjekt som til dømes Geriatrike fagdagar og Kompetanseplan (kompetanseheving for tilsette i kommunar og helseføretak).

Ved etableringa av Helsefellesskapa ser LSU Volda det som ein fordel at ein lettare skal kunne få løyst problemstillingar på lågaste nivå. Det er positivt at brukarrepresentasjonen er styrka i alle ledd. Det er positivt at fastlegane/ praksiskonsulentar også er styrka med fleire representantar inn i Helsefellesskapa (fordelt på mange mindre stillingar).

Når det gjeld gode beslutningsprosessar, er det i tillegg til at brukarrepresentantane er viktigare, også meir brukarsamarbeid der pasienten sjølv er med i fellesskapet (ikkje berre dimensjonen mellom kommune og helseføretak). Ei erfaring ein har gjort seg er at det har tatt for lang tid å få på plass rutinar for finansiering til (kommunale) brukarrepresentantar, men er glad dette er på plass no.

Vi ser på det som ein fordel at man har større spreiding i representasjonen og saker vedrørende Helsefellesskap og samhandling dermed vert meir kjent. Men det at fellesskapet er såpass stort, gjer også at vert meir fragmentert og uoversiktleg. For å utdjupe meir: Helsefellesskap Møre og Romsdal består av 12 faglege samarbeidsutval. Nokre meiner at dette er for omfattande både med tanke på plassar som skal fyllast og arbeid som skal forankrast. Utfordringa vi ser no er at det er sett i gang mykje arbeid i alle faglige utval samstundes, td. revisjon av alle handlingsplanar og forankringa av desse. LSU Volda set spørsmål ved at det vert revisjon av alle 12 handlingsplanar på kort tid, og korleis ein då kan klare å få forankre arbeidet, samt ha fokus på dei 4 prioriterte områda. Dette gjeld særleg for LSU som skal vere høyringsinstans og forsøke å forankre desse (planane) vidare i sine organisasjonar. Kunne nokre av handlingsplanane ha venta eller er det andre ting som skal settast på vent slik at ein klarer å prioritere dei vedtekte prioriterte områda? Her må ein igjen sjå på mandat og om ein gjer det ein har mål og intensjon om.

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?*

Der er mykje å hente på å bygge felles tenester til pasientar, særleg dei pasientane som har behov for koordinerte tenester. Det er viktig at ein er kollegaer på tvers av helsefellesskap og arbeidsstad. Vi kan ha ein fordel med at det er lokale små forhold, der «alle kjenner alle». Viktig å vidare få fram denne *alle-kjenner-alle*-kjensla, særleg i overgangane mellom tenestene våre og når pasientar vert skrivne ut tidlegare enn før. Generelt sett fir å kunne nå måla om meir samanhengande tenester ser det ut til at ein planlegg helseteneste for for *få* personar. Ein må planlegge og dimensjonere for framtida (jf. framskrivinga av eldre og tilleggsutfordringar). Fleire og fleire vert behandla, nokre brukar mange ressursar. Sjølv om også kommunane prøver å planlegge for fleire eldre, har dei også fått fleire brukarar under 67 år.

Mykje av den individretta behandlinga ein gjer, er ressurskrevjande og feilretta. I LSU Volda er ein samde om at det bør arbeidast meir førebyggjande og helsefremmande med meistringstilbod, auka pasient- og pårørandeopplæring som når ut til mange. Om ein ser på forsvarlegheita i at pasientar no vert skrive ut frå spesialisthelseteneste tidlegare, er det særleg behov for å skulere dei som skal ta vare på «pasientane» heime, altså i mange tilfelle dei pårørande i tillegg til dei sjuke sjølve. Det er

mykje god (førebyggjande) kompetanse ute i kommunane, men ikkje økonomi til å drive slike førebyggjande eller helsefremmande tilbod, jf. få resursar til td. frisklivssentralar i området på Søre-Sunnmøre. Dersom ein tenker pasientforløp, er det vesentleg at ein får vidare tilbod om oppfølging og meistringstilbod vidare etter at ein kjem heim.

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?*

Gjennom dei to siste åra har LSU Volda. Frå møte i desember 2021 vedtok LSU Volda 4 prioriterte satsingsområder for 2022:

1. Felleskompetanse/rekruttering

- Kompetanseheving: Vidareføring av Felles kompetanseplan. Ei oversikt og satsing på ulike kompetansehevande tiltak og fagdagar, mellom anna felles fagdag for geriatri.

2. Fokuset innsats på tiltak og gode pasientforløp til dei fire prioriterte gruppene

- Personar med alvorlige psykisk lidelsar og rusproblem, skrøpelege eldre, born og unge samt personar med fleire kroniske lidingar. Herunder satsing på Barn og unges helseteneste samt rask psykisk helsehjelp.
- Førebygging.

3. Vellukka kultur for samhandling

- Tydeleg leiing i kvar seksjon som arbeider aktivt saman med partnerane og skaper eit godt samarbeidsklima. Prosjekt Råbra (= forsterke det ein gjer bra, ikkje berre fokus på avvik) og samhandlingsstatistikk /viktige møteplassar.

4. Innspel til Nasjonal helse og sjukehusplan (NHSP) 2024-2027

Barn og unges helseteneste er eit døme på teneste som er i ferd med å utviklast og implementerast i fellesskap, samt rask psykisk helsehjelp. Det andre er kompetanseheving blant helsepersonell med fokus på nokre av dei prioriterte pasientgruppene. I tillegg til generell erfaringsutveksling mellom kommunane og helseføretak og samarbeid kring utskrivingsklare pasientar. I tillegg har beredskap vore eit viktig samarbeidsområde, særleg grunna pandemi, så har dette også vore prioritert. LSU kjenner seg igjen i dei fire prioriterte pasientgruppene, og ynskjer å fokusere på innsats for desse gruppene. Det er likevel ikkje konkretisert tydelege mål og prosjekt knytt til alle desse 4 gruppene.

4. *Hvordan kan nasjonale myndigheter 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?

LSU Volda meiner det er positive føringar frå nasjonalt hald at ein har endra namnet til å heite *Nasjonal helse- og samhandlingsplan*, noko som tydlegare viser retninga ein ynskjer og dermed også gir auka relevans for kommunane.

LSU Volda har diskutert at både styringsinformasjon og finansieringsordningar er viktige nasjonale virkemiddel.

KOSTRA-tal og tal frå SSB viser at kommunane i Møre og Romsdal bruker 3000 kr meir pr. innbyggjar på helse- og omsorgstenester enn Trøndelag. Ein veit ikkje kvifor og ein manglar gode styringsverktøy for å få svar på dette på ein god måte.

Brukar man ressursane sine på ein god måte eller har ein høgare standardar? Kan det ha med demografi eller kultur å gjere? Det er viktig at ein ser på demografien og ikkje berre på innbyggartal i så måte. Vi antek at man hadde spart noko på å samarbeide betre og i ein del tilfelle slått saman tilboda i mindre einingar/kommunar og samarbeide betre på tvers.

Finansieringsordninga gir for lite til unge brukarar med samansette behov som skal bu ute i kommunane. Difor bør desse ordningane (td. *tilskotsordning for særleg ressurskrevjande helse- og omsorgstenester i kommunane*) styrkast og forenklast.

LSU Volda opplever også at saker knytt til refusjonsordningar og økonomi kan vere krevjande for å kunne samhandle godt i Helsefellesskapet. Dette kan vere til dømes ordninga for følgjeperson, der diskusjon kring økonomiske forhold ikkje bidreg til betre samhandling, snarare tvert om. Ved at kommunane bør få dekkja dette frå nasjonalt hald, kan det bidra til meir samanhengane tenester for pasientane.

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?

Kommunane har positiv erfaring med tettare samarbeid med KS til dømes med prosjekt heiltidskultur. Ynskjer at KS vert meir aktive overfor regionalt analyse av drift, kostnad og samanheng mellom tenestenivå.

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



LSU Volda støttar tilbakemelding om at statistikk og analyser bør ha ei viktig rolle. Særleg støtte til analysar knytt til samhandling og ikkje berre i spesialisthelseteneste. Det bør jobbast for betre statistikk som kan nyttast på ein god måte og i forbetningsarbeid mellom HF og kommune.

VEDLEGG 3
Innspill fra LSU ROR



07. mars 2022

Innspill til Nasjonal helse- og sykehusplan 2024-2027

Det vises til invitasjon fra departementet, datert 21. september 2021, om å komme med innspill til Nasjonal helse- og sykehusplan 2024-2027.

Romsdal IPR og Lokalt Samarbeidsutvalg Molde sjukehus (LSU Molde), som er samarbeidsutvalget mellom lokalsjukehuset i Molde og de omkringliggende kommunene i Romsdal, har tatt en aktiv rolle i arbeidet med å etablere Helsefellesskap Møre og Romsdal. Vi er takknemlig for anledning til å komme med våre innspill.

Store utfordringer – store nasjonale ulikheter

Spesialisthelsetjenesten står overfor mange store utfordringer og krav om effektivisering av driften. Kommunehelsetjenesten får stadig nye, omfattende og kostbare oppgaver, og kommune er bekymret for raskt voksende utgiftsøkning. Demografiutviklingen i årene som kommer forsterker denne utfordringen. På denne bakgrunn vil det være avgjørende viktig med innovasjon og ny arbeidspraksis for at vi i fellesskap skal kunne yte de tjenester en er pålagt. I tillegg vil tidlig mobilisering, og tiltak som kan redusere framtidige helseplager og behov for helsehjelp, bli viktigere enn noen gang.

Ved å studere fakta om f.eks. spesialisert rehabilitering og kommunale utgifter til pleie og omsorg ser en meget store variasjoner. Eksempel på dette er at man har flere liggedøgn med spesialisert rehabilitering enn i Møre og Romsdal. Samtidig er årlige kommunale utgifter til pleie og omsorg i Møre og Romsdal langt over landsgjennomsnittet og nesten 30 % høyere enn sittet i Trøndelag. Dette medfører at Molde kommune ville ha spart ganske nøyaktig 150 MNOK pr år om en fikk ned kostnadene på samme nivå som i Trøndelag.

Vi har valgt å besvare spørsmål 6 først, da dette åpner opp for å gi en orientering om noen av hovedutfordringene med Helsefelleskap, samt de erfaringer vi har fra arbeidet i LSU Molde.

Spørsmål 6

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

Evaluerings av mandat og arbeid

LSU Molde sin generelle oppfatning er at vi har mye å gå på i samarbeidet mellom Helseforetaket og kommunene. Arbeidet har så langt i altfor stor grad vært kjennetegnet av informasjonsutveksling, framfor samarbeid om å skape konkrete forbedringer.

LSU Molde tok i 2021 initiativet til en felles evaluering av vårt mandat og tilhørende arbeid. Konklusjonen var at mandatet var for generelt, og i for liten grad hadde fokus på konkret forbedringsarbeid.

Vi utarbeidet derfor et nytt mandat, og som nå er inkludert i ny samarbeidsavtale for Helsefelleskap Møre og Romsdal:

1. Kartlegge, initiere, følge opp og implementere forbedringer på operativt nivå med mål om gode samhandlingsløsninger og standardiserte pasientforløp.
2. Prioriteringen skal blant annet bygge på registrerte samhandlingsavvik og input fra årlig samarbeidsmøte mellom sykehuset og kommunene.
3. Forankre og bidra i implementering av vedtatte handlingsplaner og retningslinjer fra blant annet *Faglige samarbeidsutvalg*.
4. Skal i samarbeid med Lærings- og mestringssentret, pasientorganisasjoner og frisklivssentraler evt. andre relevante i kommuner og sjukehus, bidra til utvikling og bruk av lærings- og mestringstiltak for å forebygge og utsette behovet for helsetjenester.

LSU Molde er av den oppfatning at hovedhensikten med Helsefelleskapet er å skape bedre og mer effektive pasientforløp, og at det er viktig å skape eierskap til dette arbeidet på operativt nivå - både i spesialist- og kommunehelsetjenesten.

Vår erfaring er det lokale samarbeidsutvalg er et ressurseffektivt organ, med lite byråkrati, der en kan gripe fatt i konkrete problemstillinger som viktigst for lokalsjukehuset og de omliggende kommunene – *det er de som har skoen på vet hvor den trykker*.

Fra ord til handling

Under mottoet ***fra ord til handling*** har LSU Molde etablert fire konkrete forbedringsprosjekt. Alle områdene ble identifisert med utgangspunkt i tilbakemeldinger fra fagfolk/operativt nivå, men er samtidig i tråd med nasjonalt utfordringsbilde og føringer. For hvert forbedringsområde har LSU Molde nedsatt arbeidsgrupper bestående av operative ledere fra sjukehus og kommuner. Alle gruppene ledes av representant fra og rapporterer direkte til LSU. De fire forbedringsområdene:

1. ***Rett pasient på rett sted*** – et forbedringsarbeid som har resultert i etablering av et treårig prosjekt, med egen prosjektleidelse, med elementene; implementering av palliativ plan i

pasientforløpet for skrøpelig og eldre multisjuka, hospitering på tvers av nivåene og etablering av Pasientsentrert heletjenestetsteam

2. *Tidlig mobilisering av pasienter ved innleggelse i sykehus og kortidsavdeling* – et forbedringsarbeid som har resultert i kampanjen *Kle deg & Beveg deg!*
3. *Pasientforløp for pasienter med Parkinson sykdom* – forbedringsarbeidet er satt på vent, for å koordinere arbeidet med implementering av ParkinsonNet i Møre og Romsdal
4. *Kompetanseutvikling og rekruttering* – forbedringsarbeidet har resultert i et tett samarbeid med Høgskolen i Molde og etablering av et samarbeidsforum for å jobbe videre med utfordringene som har kommet fram i prosjekt rapporten.

Det er nå besluttet at vi også skal prioritere arbeidet med utskrivningsklare pasienter.

Proessen knyttet til utvikling av samarbeidsutvalgets arbeid, har forbedret samarbeidsklimaet i positiv retning. Vi opplever at helseforetakets, kommunenes og brukerorganisasjonenes representanter fremstår som likeverdige samarbeidspartnere i LSU Molde med felles mål om å utvikle gode og effektive pasientforløp.

Spørsmål 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?

Etter vår oppfatning har verken KS eller Statsforvalteren en direkte rolle i Helsefellesskap. Eierskapet til problemstillingene og løsningene må ligge hos kommunene og helseforetakene, og disse må i fellesskap evne å skape konkrete forbedringer.

Med henvisning til innledningen, med overskriften *store utfordringer – store nasjonale ulikheter*, mener vi likevel at KS og Statsforvalteren kan bidra:

- Det vil være svært nyttig om KS kunne ta en aktiv rolle i å kartlegge årsakene til de store variasjonene i kommunale utgifter innen pleie og omsorg. Dette faktagrunnlaget vil være avgjørende viktig for de tiltak som kommuner med høye utgifter må iverksette for å kunne ha en bærekraftig økonomisk styring.
- Det har kommet opp påstander at Statsforvalterne i ulike fylker tolker regelverket mht. lovpålagte tjenester ulikt. Det er viktig at Statsforvalterne har en omforent fortolkning av lovverket for å sikre at de blir stilt samme krav til ulike kommuner.

Spørsmål 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?

Intensjonen med etableringen av Helsefellesskap er god. Samtidig ser vi at modellen krever at både helseforetakene og kommunene bruker betydelige ressurser – ikke minst administrativt.

Det nasjonale myndighetene først og fremst være tydeligere på de konkrete målene og forventningene en har til helsefellesskapene.

Spørsmål 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?

LSU Molde ønsker å gjøre en forskjell gjennom å fokusere på konkrete forbedringsprosjekt. Det henvises til de fire prioriterte forbedringsprosjektene angitt under spørsmål 6 over.

I tillegg ønsker vi å nevne et par andre områder vi mener det er oppnådd gode resultater:

Barneblikk

Helse Møre og Romsdal har i samarbeid fire kommuner utviklet programmet Barneblikk, som er et lavterskeltilbud til sårbare familier der de følger opp barnet fra graviditet til barnet er 7 år. Tjenesten involverer tilbud til hele familien og har som mål å løse familien gjennom vanskelige perioder. Det er ofte sårbare familier i forhold til risiko for psykisk- og rusutfordringer.

Barneblikk ble utviklet etter oppdrag fra HOD i 2015.

Link til nettside: [Barneblikk familieteama i Møre og Romsdal - Helse Møre og Romsdal \(helse-mr.no\)](https://helse-mr.no/barneblikk-familieteama-i-more-og-romsdal)

Erfaring viser at i de kommuner der dette er satt i gang, er det stor etterspørsel etter tjenesten. Personale både fra helseforetaket og kommunene samarbeider om å bistå familiene.

Etter vår oppfatning er Barneblikk en suksesshistorie og viser hva som er mulig å oppnå ved godt samarbeid. Tiltak i en tidlig fase sparer store utfordringer utgifter på et senere tidspunkt.

Pasientopplæring

Pandemien har gitt positive effekter i form av digitalisering i pasient- og pårørendeopplæring. Det er nå gjennomført kurs i spesialisthelsetjenesten med videooverføring til frisklivssentralene i kommunene. Dette gjør at pasienter og pårørende kan møte i mindre grupper på lokale steder i kommunen, og derfor slipper lang reisevei til sykehuset for opplæring. Bedre samhandling og tettere kontakt mellom 1.- og 2.linjetjenesten blir også et resultat av dette. Dette er relevant for å oppnå et likeverdig tilbud uavhengig av bosted. Pasienter og pårørende kan videre følges opp der de bor. Her har vi et stort potensial for videre forbedring, spesielt for de store pasientgruppene.

Vi har også noen utfordringer knyttet til pasient- og pårørendeopplæring. For å sikre likeverdige tilbud er det et uttalt mål at lærings- og mestringstilbud integreres i alle pasientforløpene. Når det gjelder hybride løsninger med opplæring overført digitalt fra sykehusene, er egnet lokale med tilgjengelig IKT-utstyr i kommunene nødvendig. Tett samhandling med IKT er avgjørende, i tillegg til opplæring til fagpersoner for å oppnå nødvendig digital kompetanse og profesjonalitet som kreves. Ledere i kommuner og spesialisthelsetjenesten må være på ballen for å prioritere og oppfordre til samarbeid rundt pasient- og pårørendeopplæring. Opplæring blir nedprioritert dersom det ikke er fokus på dette av ledelsen.

Spørsmål 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?

Vi er i en veldig tidlig fase i Helsefellesskap M&R. Det er for tidlig å dra noen konklusjon, men vi har fortsatt en vei å gå for å opptre som likeverdige partnere. Romsdal IPR og LSU Molde har gjennomført en revisjon og utarbeidet en ny og omforent oppgavebeskrivelse. Dette vil forhåpentligvis bidra til klarere arbeidsfordeling mellom de ulike samarbeidsorganene.

Vi mener det er et klart forbedringspotensial vedrørende håndtering av samhandlingsdata og -avvik, fra å være en orienteringssak til noe som vi aktivt bruker i forbedringsarbeidet på alle nivå i Helsefellesskap M&R. Vårt felles mål er å bli mer handlingsorientert og skape konkrete forbedringer i praksis. Vår erfaring så langt at det er enklest å oppnå dette på operativt nivå gjennom de lokale samarbeidsutvalgene.

Etter vår oppfatning blir det viktig at det med jevne mellomrom blir foretatt evaluering av hvilke konkrete forbedringer som de ulike samarbeidsorganene har skapt. Helsefellesskap er ikke et mål i seg selv, men et virkemiddel om å utvikle bedre og mer effektive pasientforløp.

Vennlig hilsen

Lokalt samarbeidsutvalg Molde sjukehus

Tanja Thalén
Leder LSU Molde
Kommunalsjef helse og omsorg
Molde Kommune

Trude Solenes
Nestleder LSU Molde
Avdelingssjef Avdeling for
sengeposter og akuttmottak
Molde Sjukehus

Alf Reistad
Sekretær LSU Molde
Daglig leder
Romsdal IPR

(sign.)	(sign.)	(sign.)
---------	---------	---------

VEDLEGG 4

Innspill fra LSU Nordmøre

Lokalt samarbeidsutvalg Kristiansund

Møte 1/2022

Mulighetsrommet for å forbedre samhandlingen, selv om de totale økonomiske rammene og det juridiske regelverket ikke endres, er stort.

Partnerne bør sikre at det utvikles tilstrekkelige verktøy for å lykkes med samhandlingen. Det er flere pasientgrupper som har behov for et skreddersydd opplegg, der samhandlingen skjer i en syklus som tar høyde for at pasientene/brukernes situasjon endrer seg over tid. Dette gjelder spesielt for de som har kroniske og sammensatte helseutfordringer.

Det bør settes søkelys på organisering, samhandlingskultur og tydeligere ledelsesansvar som suksessfaktorer for å lykkes med samhandling. Videre bør det lages felles spilleregler for samhandlingen.

Høringsuttalelse til Nasjonal Helse- og samhandlingsplan

Styret i Helse Møre og Romsdal HF besluttet i november 2016 at det skal etableres et distriktsmedisinsk senter i eksisterende sjukehuslokaler i Kristiansund. Etableringen av DMS i Kristiansund er en del av konseptvalget for SNR. SNR Hjelset er dimensjonert ut fra at en stor andel av det totale spesialisthelsetjenestetilbudet for befolkningen i opptaksområdet skal gis ved DMS Kristiansund.

Styret for Helse Møre og Romsdal sluttet seg i februar 2018 til mandat og overordnet målsetning for prosjektet med å etablere DMS Kristiansund. Våren 2018 har samtlige kommunestyre på Nordmøre behandlet mandatet til prosjektgruppen og dermed sluttet seg til prosjektets ambisjon, mål, eierform og struktur.

Overordnet mål for SNR og DMS Kristiansund er:

«DMS Kristiansund gir fremtidsretta helsetjenester av fremragende kvalitet»

Prosjektet har et høyt ambisjonsnivå og skal:

- Bli det DMS i Norge som tilbyr det bredeste spekter av helsetjenester, i et samarbeid mellom primær-, spesialist- og private leverandører av helsetjenester
- Bli det DMS i Norge som har høyest kvalitet på sine tjenester og som er nasjonalt ledende vedrørende samhandling mellom kommuner og helseforetak

Effektmål for prosjektet:

- Gir tjenester av fremragende kvalitet
- Har en organisering som underbygger gode pasientforløp
- Har god samhandling internt og eksternt
- Er ledende på forskning og innovasjon på utvalgte områder

I oppdragsdokumentet til Helse-Midt Norge (?) er det beskrevet at DMS-prosjektet i Kristiansund skal være et nasjonalt utstillingsvindu for helsetjenester, -forskning, -innovasjon i et «1,5-linjeperspektiv» mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten.

Samhandlingsprosjektet DMS Kristiansund skal være et foregangsprosjekt for å ivareta pasientens helsevesen og det utadvendte sykehus som er beskrevet i Nasjonal helse- og samhandlingsplan, tidligere Nasjonal helse- og sykehusplan. DMS i Kristiansund skal være utviklet og tilpasset regionen og tjenestene som planlegges ved SNR Hjelset. Prosjektet tar innover seg internasjonale og nasjonale utfordringer knyttet til et forventet trykk på spesialisthelsetjenesten og behov for kunnskapsdeling og oppgaveforskyvning til den kommunale helse og omsorgstjenesten. DMS har derfor en sterk lokal, regional og nasjonal relevans. Aktiviteten i DMS vil frembringe ny kunnskap som grunnlag for tjenesteinnovasjonen og ny samhandling mellom bruker, kommune og spesialisthelsetjenesten. Dette vil i stor grad bidra til økt kunnskap og kunnskapsdeling mellom nivåene og aktørene i tjenesten.

DMS/ SNR Kristiansund er et samhandlingsprosjekt mellom kommunene på Nordmøre og Helse Møre og Romsdal og et overordnet mål er å utvikle bruker- og pasienttjenester hvor forvaltningsnivåene er «visket ut» og hvor utredning, behandling og oppfølging i tilbys og ivaretas i et samarbeid mellom kommune – og spesialisthelsetjeneste.

For å lykkes med dette har både kommuner og helseforetak behov for at sentrale myndigheter setter fokus på ordninger som stimulerer til samhandling mellom kommune og spesialisthelsetjenesten. Særlig kommunehelsetjenesten har behov for ulike (økonomiske) insentiv som kan stimulere til at kommunene kan overta oppgaver som tradisjonelt har ligget til helseforetakene og spesialisthelsetjenesten, eller at det opprettes ulike tilbud som kan beskrives om 1,5 linjetjenester hvor kommuner og helseforetak «jobber under samme tak» og bidrar med felles ressurser og kompetanse til felles pasienter.

Siden Samhandlingsreformen (St.mld 47, 2008-2009) har det vært et fokus på at pasientforløpene i større grad må være koordinerte og samhandling mellom forvaltningsnivåene må forbedres. Trenden og utviklingen er fortsatt at spesialisthelsetjenesten spesialiseres og effektiviseres i retning av en større oppdeling av behandlingsforløpet, mer fokus på behandling og mindre fokus på pleietid. Mao kortere liggetid i sykehus og flere oppgaver med påfølgende større ansvar til kommunehelsetjenesten. Endringene i oppgaver er både et resultat av en styrt oppgaveoverføring fra staten, kommunal egenutvikling og kortere liggetid i sykehus.

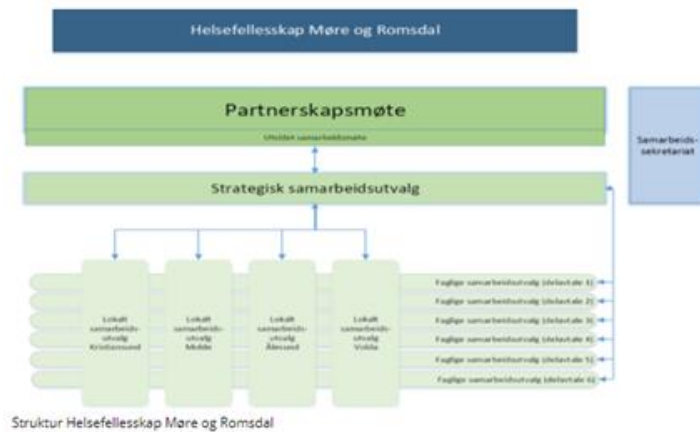
Fram til nå er det samarbeidsavtalene mellom sykehus og kommuner som skal bidra til bedre samhandling og gjensidig avklaring av rettigheter og plikter. Etter Nasjonal helse og sykehusplan (2020-2023) skal Helsefellesskapene svare ut utfordringene ifht samhandling. De 19 helsefellesskap som er opprettet har som mål om å skape en sammenhengende helse- og omsorgstjeneste og et likeverdig partnerskap mellom kommuner og helseforetak.

På tross av gode intensjoner oppleves Helsefellesskapene, i stor grad, som en byråkratisk konstruksjon. Det blir satt av mye tid og mange ressurser til arbeidet, men «outcome» oppleves å ikke stå i stil til de resultatet vi har sett fram til nå. En ser i liten grad igjen konkrete resultat på det kliniske nivået.

For å kunne skape framtiden helsetjeneste og for å kunne møte de formidable utfordringer helsetjenesten kommer til å stå overfor må ressurser og tid som brukes på samhandling i større grad benyttes på konkrete tiltak som gir en målbar gevinst for pasientene og pasientforløpene.

Ved for eksempel 1,5 linjetjenester må det legges til rette for å prøve ut forløpsfinansierte pasientforløp, hvor både kommune og spesialisthelsetjenesten bidrar med kompetanse og ressurser. Vi har også andre gode samhandlingstiltak på Nordmøre som for eksempel Hospital at home, men hvor vi ser at bredding av tiltaket er utfordrende.

Så med utgangspunkt i at DMS/ SNR Kristiansund skal bli et nasjonalt utstillingsvindu for helsetjenester, - forskning, - innovasjon i et 1,5 linje perspektiv må.....



Vennlig hilsen,

Ingeborg Dyrnes
Leder LSU Kristiansund
(Sign.)

Kjell Åsmund Bryn
Nestleder LSU Kristiansund
(Sign.)