

HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET
Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Vår referanse:
22/01065-4
Saksbehandler:
Jan Frich

Deres referanse:
22/2404

Dato:
15.09.2022

Innspill til Nasjonal helse- og samhandlingsplan

Helse Sør-Øst RHF viser til brev 3. august 2022 fra Helse- og omsorgsdepartementet med invitasjon om å gi innspill til Nasjonal helse- og samhandlingsplan.

Helse Sør-Øst RHF har invitert helseforetak og private sykehus med opptaksområde til å gi innspill innen temaene samhandling, kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet, desentraliserte tjenester og sømløse pasientforløp, digitalisering, personell og kompetanse, rehabilitering og mestring, svangerskaps-, føde- og barselstilbud, psykisk helse og rus.

Helse Sør-Øst RHF har mottatt innspill fra samtlige helseforetak og sykehus med opptaksområde, med unntak av Oslo universitetssykehus. Innspillene er oppsummert punktvis under hvert tema.

Innspillene fra Lovisenberg Diakonale Sykehus, Sørlandet sykehus HF, Sykehuset i Vestfold HF og Akershus universitetssykehus HF er lagt ved som egne vedlegg.

Helse Sør-Øst RHF har noen overordnede innspill:

- Et gjennomgående tema når det gjelder samhandling er tydelige myndighetskrav, slik at helseforetak og kommuner arbeider mot samme mål. Tydeliggjøre roller og ansvar f.eks. innen rehabilitering, habilitering og psykisk helsevern.
- Mulighet til deling av virksomhetsdata og felles planlegging vil fremme arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet på tvers av nivåene.
- Flere helseforetak mener det er behovet for at finansieringsordninger understøtter samhandling, desentraliserte tjenester og sømløse pasientforløp.
- Utfordringer knyttet til bemanning er et tema, hvor flere etterlyser muligheter for kombinerte stillinger i et samarbeid mellom helseforetak og kommune.
- For å realisere «Én innbygger én journal», er det viktig å bygge videre på internasjonale standarder og terminologier for utveksling av informasjon mellom ulike aktører i helsetjenesten (Felles språk/Snomed CT, European Health Data Space mm.).

- Det er behov for å tydeliggjøre beslutningsmyndighet og styringsstruktur når det gjelder nasjonale løsninger og teknisk arkitektur for nasjonal digital samhandling.
- Bærekraft både mht. økonomi og tilgang til helsepersonell krever en stor omstilling av helsetjenesten. Det er viktig å øke kompetansen og kapasitet knyttet til endringsledelse i helsesektoren for å lykkes med denne omstillingen.
- Det er behov for styrket sentral koordinering av mål om å øke antall utdanningsplasser i spesialisthelsetjenesten og i UH-sektoren
- For psykisk helse/rus er rekruttering og tilstrekkelig utdanningskapasitet (bl.a. psykologer) et svært viktig tema
- Styrking av helsekompetansen i befolkningen understrekes av flere som viktig.
- Arenafleksibilitet med hensyn til tjenestetilbudet og økt brukerstyring og brukerinvolvering vurderes å være viktig.

Samhandling

Hva er de viktigste utfordringene å adressere?

- Behov for økt koordinering og digitale løsninger for utveksling av informasjon, samhandling og tjenesteutvikling.
- Kulturforskjeller mellom ulike samarbeidende etater gir utfordringer knyttet til oppfattelse av likeverdighet, bygge tillit og felles ansvar.
- Svikt i vekslingene mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten, Nav, skolesektoren og andre offentlige instanser.
- Finansieringsordninger som ikke legger til rette for samhandling vurderes å være et hinder.
- Helseforetakene peker videre på det man oppfatter som ulike styringssignaler til kommune og spesialisthelsetjenesten. Et eksempel er innføring av pakkeforløp hjem for kreftpasienter, hvor helseforetak har rapportert om at dette kan ha ulike og dels lav prioritet i enkelte kommuner.

Hvilke tiltak er aktuelle?

- Utvikle felles krav og kvalitetsmål for kommuner og helseforetak for å understøtte arbeidet i helsefellesskapene.
- Endrede finansieringsordninger slik at samhandling lønner seg for alle parter. Etablering av arenaer preget av tillit og anerkjennelse.
- Kombinerte stillinger mellom kommuner og sykehus.
- Legge til rette for at indirekte pasientkontakt med videokonferanse mellom behandlere på nivå kan få et økonomisk insentiv da dette kan holde noen pasienter utenfor sykehus
- Legge til rette for god flyt av informasjon mellom journalsystemene til spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.
- Sterke stimuleringsordninger som får kommuner til å samarbeide mer på tvers og fordele satsingsområder seg imellom
- Ta aktivt i bruk Helsefellesskapet sin rolle og myndighet i konkrete samhandlingstiltak.

- Utvikling av digital hjemmeoppfølging og samarbeidsteam på tvers av nivå
- Rehabiliteringsperspektivet bør være del av helsefelleskapene
- Profesjonalisere koordinatorrollen

Er dere kjent med pågående arbeid eller gode eksempler som departementet bør være kjent med?

- «Hva er innafor?» (Sykehuset Østfold HF): Behandlingsforløp for pasienter med hoftebrudd på tvers av sykehus og kommune ved sykehuset Østfold og helsefelleskapet.

Kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet

Hva er de viktigste utfordringene å adressere?

- Samarbeid ved alvorlige hendelser – det å arbeide sammen med kommunen i forbedringsarbeid knyttet til avvik og kvalitet
- Turnover og utfordringer med å bemanne gir risiko for avvik, særlig i sengeposter
- Bedre tilgang til informasjon på tvers av nivåene
- Manglende samhandling og integrasjon av verktøy og systemer mellom helsetjenestenivåene, eks journal, legemiddellister
- Uønsket variasjon
- Kompetanse i kvalitetsforbedringsarbeid
- Mangler kunnskap om kvalitet, omfang og effekt/nytte av rehabiliteringstiltak i samfunnet. Samtidig vet vi det er store variasjoner i tilbudet.

Hvilke tiltak er aktuelle?

- Dokumentdeling via Kjernejournal
- Pasientens legemiddelliste
- Tilgang til «kritisk info» om pasient på tvers av omsorgsnivå
- Utvikle PROM og PREM
- Videreutvikle digital hjemmeoppfølging med fokus på tydeliggjøring og optimalisering av samarbeidet mellom omsorgsnivåene
- Egen samarbeidsavtale innen avvik og kvalitet
- Felles avvikssystem eller tett integrasjon på tvers av HF/kommune,
- Det er viktig at lokalene er tilpasset slik at helsepersonell kan jobbe mest mulig effektivt. Det er en stor vilje og ønske til kontinuerlig forbedring av pasientsikkerheten i helsesektoren i dag. Det må utnyttes på en bedre måte.
- Kompetansebygging om forbedring og pasientsikkerhet
- Helhetlige pasientforløp med tverrfaglig samhandling kommune/spesialisthelsetjeneste og med sterk brukerinvolvering; forsterke pasientens innsikt i egen situasjon
- Standardisering, samorganisering, bruk av digitale verktøy som beslutningstøtte
- Økt kunnskap om smittevern og etterlevelse av prosedyrer
- Bruk av prosessplattformer som kan koples til data fra både spesialist- og primærhelsetjenesten

- Samfunnet trenger mer kunnskap om effekt av rehabiliteringstiltak (etablere et nasjonalt register for rehabilitering)

Er dere kjent med pågående arbeid eller gode eksempler som departementet bør være kjent med?

- Kompetansebroen.no (arena for samhandling og utvikling av kompetanse, Akershus universitetssykehus HF)
- Etableringen av prosessplattform i Helse Sør-Øst
- Prosjektet *dokumentdeling via Kjernejournal* hvor Helse Sør-Øst er hovedsamarbeidspart

Desentraliserte tjenester og sømløse pasientforløp

Hva er de viktigste utfordringene å adressere?

- Finansiering som ikke understøtter desentraliserte tjenester.
- Digitale samhandling hindres grunnet manglende takster for fastlegene
- Mangler nasjonale føringer for de desentraliserte spesialisthelsetjenestene
- Det mangler gode måleindikatorer for de desentraliserte spesialisthelsetjenestene

Hvilke tiltak er aktuelle?

- Bruke digitale løsninger for å sikre bedre desentraliserte tjenester
- Utvikle løsninger som gir kommunene tilgjengelighet på spisskompetanse for felles faglige vurdering for å unngå unødvendige innleggelser,
- Utvikle bemanningsmodeller der fagfolk flytter seg - heller enn at pasientene må flytte seg unødvendig
- Styrke fastlegeordningen/primærhelsetjenesten, sikre dekkende takst og enklere takstsystemer
- Økt utbredelse av hjemmesykehus
- Tilrettelegge for økt bruk av videokonsultasjon og ambulante konsultasjoner
- Etablere en direkte hjelpelinje mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten

Er dere kjent med pågående arbeid eller gode eksempler som departementet bør være kjent med?

- Desentralisert dialyse etablert fire steder i Telemark.
- Øyebunnsfotografering hos optiker desentralt i Innlandet
- Medisinsk dagenhet ved Lokalmedisinsk senter (Otta og Fagernes) utfører dialyse og kreftkurer i distriktene
- Hodekamera i sykebil for beslutningsstøtte i akutt fase (Innlandet).
- Oppfølging av slagpasienter på LMS Otta (VK)
- Oppfølging av kne og hoftepasienter på Trysil (VK) - utføres av fysioterapeut i kommunen.
- eMestring
- DigiHopp: Digital hjemmeoppfølging av premature barn Diakonhjemmet Sykehus og Vestre Viken HF, etter ida fra samme type prosjekt på Sykehuset i Vestfold HF

- Behandlingslinje (BHL) rehabilitering barn med ervervet hjerneskade er et eksempel på en tjeneste som er utviklet i fellesskap for prioriterte grupper. Den beskriver en samlet tverrfaglig og koordinert innsats, fra en hjerneskade oppstår og gjennom de ulike fasene i forløpet frem til voksen alder (18 år) (Sunnaas sykehus HF).

Digitalisering

Hva er de viktigste utfordringene å adressere?

- Det er utydelige og kompliserte ansvars- og beslutningsstrukturer for samarbeid om digital hjemmeoppfølging.
- Sykepleiegruppen har de fleste steder ingen mulighet til å dokumentere raskt på en mobil enhet (telefon/iPad) ved siden av pasientene. Det er svært liten automatisk innhenting av alle målinger som foregår på et sykehus inn i datasystemet. Det aller meste foregår med manuelt arbeid og må føres flere steder.
- Mangelfull tilgang til informasjon om pasienten på tvers av omsorgsnivå vanskeliggjør samhandling om pasienten. Dette skyldes IKT-løsninger som snakker for dårlig sammen.
- Mangelfull samordning av spesialisthelsetjenestens digital hjemmeoppfølging med Kommunens velferdsteknologi.
- Takstsystem og økonomiske rammer som ikke stimulerer til digitalisering.
- Manglende kompetanse om endringsledelse og digitale transformasjoner i helsetjenesten. Suksessfulle digitale transformasjoner krever store organisatoriske endringer og dermed endringsledelse.
- Etablere og vedlikeholde en innovativ digital arbeidskultur.
- Enklere tilgang til helsedata for forskning, beslutningstøtte, helseanalyser og predikeringer.

Hvilke tiltak er aktuelle?

- Økt bruk av videokonsultasjon
- Tydeligere krav om standarder inkl. felles språk til IKT-løsningene i helsetjenesten for å legge bedre til rette for informasjonsutveksling mellom aktørene.
- Styrke felles nasjonale samhandlingsløsninger som Kjernejournal og HelseNorge.no
- Ledelseskompetanseplaner for helseteknologi og sette teknologi høyt på dagsorden og toppnivå organisatorisk i organisasjonene.
- Ledelseskompetanseplaner for endringsledelse for alle ledernivå i helsetjenesten.
- Øke bruken av smidig utviklingsmetodikk
- Økt gjenbruk av IKT-løsninger mellom aktørene.
- Nasjonalt og regionalt kompetanseprogram for digitalisering i helsesektoren.
- Kontinuerlig vurdere endringer i lovverk/forskrift for å legge bedre til rette for bedre informasjonsutveksling mellom aktørene

- Stimulere fastleger til digital hjemmeoppfølging i samarbeid med den øvrige kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Dele erfaringer på tvers av foretak relater til digitale løsninger som er til nytte for pasienter og klinikere.
- Inkludere aktuelle aktører med regionale og nasjonale funksjoner i helsefellesskap rundt prosesser som omhandler digital hjemmeoppfølging
- Beskrive og forbedre økonomiske incentiver i digital hjemmeoppfølging. Økonomi og ulike økonomiske modeller mellom kommuner og sykehus er i dag en barriere for å gjennomføre god, forsvarlig og helhetlig hjemmeoppfølging.

Er dere kjent med pågående arbeid eller gode eksempler som departementet bør være kjent med?

- Prosjektet *dokumentdeling via Kjernejournal* ledet av Helse Sør-Øst for tilgang til journaldokumenter på tvers av omsorgsnivåene.
- Desentralisert cytostatikabehandling etablert tre steder i Telemark
- Prosjektet «Mitt liv - mitt ansvar».
- Vestre Viken HF har et program digital hjemmeoppfølging hvor flere prosjekt er i samarbeid med kommunene. F.eks. digital sårbehandling, oppfølging av pasienter med egenregistrering (checkware) og bruk av sensorteknologi (f.eks. hjemme CPAP)
- Sunnaasmodellen for digitale sårtjenester: <https://www.sunnaas.no/fag-og-forskning/fagstoff/sar>. Modell for digital hjemmeoppfølging/bruk av videokonsultasjoner i samhandling rundt pasienten, i samarbeid mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten.
- Innføring av Helselogistikk i Helse Sør-Øst; selvinnsjekk for pasienter, selvbetjent utsjekk og betaling, bedre oversikt over pasientflyten inne på sykehuset og meldingsvarsler på helsepersonellens mobile enheter. Denne type løsninger er både godt mottatt av pasientene og ikke minst bidrar til mer effektiv drift av sykehusene.
- Hjemmeoppfølging for kreftpasienter. Dette er en løsning som er tatt frem ved Sykehuset i Østfold gjennom et innovasjonspartnerskap med næringslivet. Flere andre helseforetak er nå i ferd med å ta i bruk den samme løsningen. Tilbakemeldingene er meget gode både fra pasientene og fra helsepersonellet.
- Oslo Universitetssykehus har sammen med Norway Healthtech, Oslo kommune m.fl. etablert det som kalles «Health2Be». Dette er en ny arena hvor sektoren kan møte markedet (særlig start-ups og scale-ups) slik at markedet kan bli bedre kjent med hvilke konkrete utfordringer helsesektoren har og helsesektoren kan bli bedre kjent med hvilke muligheter som finnes i markedet. Resultatet på sikt blir forhåpentligvis både bedre løsninger til helsesektoren og sunn næringsutvikling.

Personell og kompetanse

Hva er de viktigste utfordringene å adressere?

- Rekruttering og utdanning av helsepersonell
- Konkurransen om kritisk personell

- Mangel på kompetanse gir variasjon i tilbud, og til tross for at flere kommuner er slått sammen til større, er mange kommuner fortsatt små. For disse kommunene er det særlig vanskelig å dekke behovet for tverrfaglig kompetanse som må til rundt enkeltbruker som vender hjem etter alvorlig skade eller sykdom.
- Manglende sentral koordinering av planer for å øke utdanningskapasitet.

Hvilke tiltak er aktuelle?

- Jobbglidning - samarbeid om stillinger - felles kompetanseutvikling, hospitering begge veier, bruke ledig kapasitet i ambulanse i kommunene (jf. ordningen med akuttbil i «Rørosmodellen»)
- Det bør lages og settes av tid på alle områder til fagutvikling med trappetrinnmodell. Det vil øke kompetansen, men også føre til at helsepersonell blir i jobben sin. Det er ikke hensiktsmessig eller nyttig at alle skal ta en master på en høyskole. Erfarne helsefagarbeidere bør kunne ta et noe kortere løp for å bli sykepleiere.
- Pilotere et nytt utdanningsløp for helsefagarbeidere som ønsker å bli sykepleiere. Pilotere utdanningsløp lokalt på forskjellige avdelinger som et tillegg til de alle kjente utdanningsløpene som eksisterer i dag.
- Behov for å øke utdanningskapasitet for sykepleiere, spesialsykepleiere og legespesialister. Gjøre det mer attraktivt å velge/bli i sykepleieryrket. Dette inkluderer i dag bedre arbeidsforhold og ofte en for lav grunnbemanning som medfører høy arbeidsbelastning, turnover og sykefravær.
- Sikre oppgavedeling og tiltak for å rekruttere og beholde, samt nye arbeidsformer for å nyttiggjøre ressursene på best mulig måte. Etablere og bygge laget i helsefelleskap med fagunderutvalg. Et konkret arbeid kan være videreutvikling av kompetansebroen, gode kompetanseplaner, samarbeid med utdanningsinstitusjoner, skape gode praksisplasser og læreplasser.
- Pasient og pårørende må få mer kompetanse om egen sykdom og muligheter slik at de settes i stand til å ta bedre vare på egen helse. Sterkere føringer nasjonalt på hvilke oppgaver/pasientgrupper som det offentlige ikke lenger skal ha ansvar for, men hvor det nå forventes at pasienten selv eller pårørende tar ansvaret. Bruke læring og mestringskurs for å videreutvikle en bærekraftig helsetjeneste er viktig. Videreutvikle kompetansebroen. Skape helsekompetansevennlig sykehus.
- Legge til rette for en hensiktsmessig ressursstyring som bidrar til trivsel, tilstrekkelig kompetanse, adekvat arbeidsbelastning og en «work-life balance». Rett kompetanse på rett sted ved å se på oppgaveforskyvning, både fra leger til sykepleiere og fra sykepleiere til andre yrkesgrupper for å legge til rette for mer tid til pasientrettet arbeid. Legge til rette for en organisering som gjør at ledere har et hensiktsmessig kontrollspenn, mulighet til å følge opp individuelle medarbeidere og tid til å utøve ledelse.
- Pilotprosjekter for ny oppgavedeling mellom yrkesgrupper, målrettede kompensasjonspakker for rekrutteringssårbar områder, rom for bedre «onboarding» og opplæring av nyansatte (med hensiktsmessig ansvarsnivå til rett tid). Ledermobilisering og lederutviklingsprogrammer som er tilpasset de behovene framtidens ledere og ansatte har.

- Kombinasjonskompetanse helse og teknologi; økt behov for personell som har høy kompetanse både klinisk og teknisk.

Er dere kjent med pågående arbeid eller gode eksempler som departementet bør være kjent med?

- Regionalt senter for digital læring i Helse Sør-Øst (Akershus universitetssykehus HF)
- Regionalt senter for Pasient og pårørende opplæring (Sørlandet sykehus HF) holder på å utarbeide kompetanseplan for helsepersonell sitt arbeid med pasient og pårørende opplæring.
- Helse Sør-Øst sitt prosjekt rundt mangel på legespesialister (P/LIS prosjektet), Helse Sør-Øst sitt arbeid med kompetansefremskrivning av helsepersonell, HSØ sitt prosjekt for å sikre god praksis «Praksisprosjektet»

Rehabilitering og mestring

Hva er de viktigste utfordringene å adressere?

- Rekruttering og utdanning av helsepersonell
- Konkurransen om kritisk personell
- Manglende rehabiliteringskompetanse
- Manglende helsekompetanse i befolkningen
- Varierende rehabiliteringstilbud fra kommune til kommune - generelt for få rehabiliteringsplasser.
- Varierende og stedvis dårlig tilbud til enkelte grupper når det gjelder mestring, eks ME og fibromyalgi
- Overganger og samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, spesielt rundt komplekse pasienter. Hvem har ansvar for hva? Forventningsavklaringer. Kommunenes bestillerkompetanse og mulighet for oppfølging i etterkant. Spesialisthelsetjenesten sitt veiledningsansvar av fagpersonell i kommunene.
- Samarbeid mellom somatikk og psykisk helsevern, både i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.
- Kommunenes tilbud om rehabilitering varierer veldig. Mange kommuner har ikke tilbud i samsvar med nasjonal veileder og forventningen om et tilbud til store pasientgrupper.
- I dagens finansieringsmodell finnes kun to diagnoserelaterte grupper (DRG) for heldøgnrehabilitering. Dette fører til store forskjeller på tilbudet pasienten mottar innen en DRG, både med hensyn til kvalitet og pris. Kostnad per døgn kan variere betydelig innenfor samme DRG-kode.

Hvilke tiltak er aktuelle?

- Gjøre kompetansen tilgjengelig på tvers av virksomheter, ambulerende tjenester
- Digital hjemmeoppfølging.
- Utvikling av flere helhetlige pasientforløp mellom spesialisthelsetjenesten (somatikk og psykiatri) og kommunehelsetjenesten. Spesielt fokus på komplekse pasienter, samt generelt fokus på overganger og ansvarsfordeling.

- Bruk av individuelle samarbeidsavtaler mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten på individnivå.
- Gruppe undervisning digitalt, eventuelt samarbeid på tvers - flere helseforetak. Teste ut sjekklister for transisjon ungdom 16-18 år digitalt- bruker involveres i hva som skal tas opp/ behov- brukerstyrt poliklinikk med fokus på overgang.
- Behov for å utvikle gode kvalitetsindikatorer innen rehabilitering.
- Styrke forskning og kunnskapsgrunlaget for tiltak innen rehabilitering
- Tydelig organisering og ledelse av rehabiliteringstilbudet på ulike nivåer, inkludert rehabiliteringstilbudet til barn og unge og til personer med samtidige psykiske helseutfordringer og/eller ruslidelser.
- En omlegging av innsatsstyrt finansieringsordning er en forutsetning for videre utvikling av fagfeltet rehabilitering. Finansieringsmodellen må stimulere ønsket utvikling, særlig knyttet til ønsket om mer ambulant virksomhet og polikliniske video- og telefonkonsultasjoner.

Er dere kjent med pågående arbeid eller gode eksempler som departementet bør være kjent med?

- Telemarksløpet for pasienter med sammensatte smertetilstander
- Helse Sør-Øst RHF har startet arbeidet med en regional fagplan for fysikalsk medisin og rehabilitering. Fagplanen blir en delstrategi til Regional utviklingsplan 2040 og skal beskrive status for fagområdet fysikalsk medisin og rehabilitering, og det generelle fagområdet rehabilitering med anbefalinger for tjenesteutviklingen.
- Helse Sør-Øst RHF har og startet arbeidet med en regional fagplan for habilitering av barn, unge og voksen. Fagplanen blir en delstrategi til Regional utviklingsplan 2040 og skal beskrive status for fagområdet habilitering med anbefalinger for tjenesteutviklingen.

Svangerskap, føde- og barseltilbud

Hva er de viktigste utfordringene å adressere?

- Flere syke gravide. Mye kan knyttes til overvekt, hvor Innlandet har en stor andel overvektige. Tiltak må settes inn lenge før de blir gravide. Dette er et helseproblem på mange områder og arbeid mot overvekt/stimulere til bedre kost bør ha høy prioritet.
- Mangel på jordmødre i spesialisthelsetjenesten, konkurranse mellom primær- og spesialisthelsetjenesten om knappe fagressurser (jordmødre) blant annet pga. gunstig arbeidstid og bedre lønnsbetingelser.
- Rekruttering av leger og jordmødre, særlig UL jordmødre. Det er for få som utdannes. Små sårbare vaktordninger gjør at mange velger å jobbe privat og for jordmødre – jobbe i kommunen hvor det er vaktfri (og ofte høyere grunnlønn).
- Manglende tilbud til gravide/barselfamilier i kommunehelsetjenesten i ferie, helg og høytid.

- Økt antall risikogravide som krever tettere og mer oppfølging, samt at det er økt psykiatri og sosiale utfordringer blant de gravide, dette er ikke korrigert mht. bemanning

Hvilke tiltak er aktuelle?

- Ansette jordmødre i kombinasjonsstillinger (kommune/spesialisthelsetjenesten), evt. at spesialisthelsetjenesten har overordnet ansvar for jordmortjenesten.
- Kommunene kjøper tjeneste fra helseforetakene. Interkommunalt samarbeid mellom kommuner slik at gravide og barselfamilier får et bredere tilbud (24/7)- redusere trykket inn på sykehus.
- Løsninger som vaktordninger i primærhelsetjenesten, samt kombinasjonsstillinger må komme som et krav /oppdrag (vi har forsøkt å løse dette i interkommunale samarbeidsmøter, men kommer ingen vei.)
- Gi åpning for andre modeller for å sikre god, trygg og helhetlig tjeneste i svangerskap- fødsel- og barseltiden. Mulighet for å prøve ut modeller som Caseload midwifwery for å sikre helhetlig tjeneste, trygghet for den gravide og hennes familie ved kjent jordmor i hele forløpet og mulig det kan bidra til redusert nasjonal mangel på jordmødre. Følge anbefalinger i Helsedirektoratets rapport fra 2019 vedrørende fødepopulasjonen i Norge - anbefalte tiltak må iverksettes.
- Barsel: behov for større muligheter for fleksibilitet i barsel. For mange kan pasienthotell være bra – men for de som har ammeutfordringer og psykososiale utfordringer må det være mulighet for lenger barselopphold, i tillegg til de syke gravide/fødende som også trenger noe lenger barselopphold. Dette må det tas hensyn til i utforming av barseltilbud/bygg/bemanning
- Avtaler med partene i arbeidslivet slik at man kan jobbe noen ekstra helger mot å få heltids stilling eller få lønnskompensasjon. Avtale om deler av stillingen i fast turnus og deler av stillingen i bank slik Sykehuset Innlandet HF prøvde ut med hell – men som ble stoppet av sykepleier forbundet.
- Kombinerte stillinger for jordmødre i nær kommuner og sykehuset.
- Gode prehospitaltjenester/følgetjeneste og desentraliserte poliklinikk for svangerskapsomsorg og gynekologi, og færre små sårbare fødeavdelinger.
- Mulighet for NIPT mot egenandel for de gravide under 35 år i det offentlige mot egenandel. Det kan løses enkelt med en forskriftsendring og en takstkode, samt nok kapasitet på lab.

Er dere kjent med pågående arbeid eller gode eksempler som departementet bør være kjent med?

- Interkommunalt samarbeid om jordmortjenesten fungerer flere steder i Norge. Dette er mest vanlig er det i områder med behov for følgetjeneste og vaktberedskap (Vest-Telemark). Bykommuner kunne også hatt lignende modeller for å ivareta omsorgen for gravide og barselkvinner/nyfødte da behovet for oppfølging de første dagene etter fødsel er like stor i helger som på vanlige ukedager.

- Interkommunalt vaksamarbeid kunne bidra til økt kontinuitet og bedre oppfølging, og muligens redusert konkurransen om fagkompetansen mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Kristiansand har også etablert samarbeidsavtaler vedrørende kombinasjonsstillinger 50/50 primær og spesialisthelsetjenesten.
- Prosjekter med hjemmeinduksjon av fødsel (flere helseforetak)
- Sykepleiedrevet abortpoliklinikk

Psykisk helse og rus

Hva er de viktigste utfordringene å adressere?

- Økning i tvang/dømte til behandling
- Utdanningskapasiteten (bl.a. psykologer)
- For psykisk helse er rekruttering et svært viktig tema
- De siste par årene har antall unge med spiseforstyrrelser økt, hvordan har kommunene bygget ut sitt tilbud innenfor dette fagområdet, herunder forebygging?
- Økende antall eldre pasienter med kognitive vansker og atferdsproblematikk
- Spesialisthelsetjenesten møter stadig flere pasienter med dobbel- og trippeldiagnoser, ofte knyttet til rus- og psykiatri. Dette gjelder også et økende antall rehabiliteringspasienter.

Hvilke tiltak er aktuelle?

- Livsmestringskurs, helsepedagogikk.
- For BUP feltet er det behov for oppdatert veileder for BUP og for psykisk helsearbeid i kommunen.
- Spesialisthelsetjenesten vil gjerne ha tettere samarbeid med avtalespesialister og blir det felles henvisning av vurderinger kan det være et godt tiltak.
- Pilotere enheter med alderspsykiatrisk og geriatriisk kompetanse hvor det er et felles ansvar for pasientgruppen med mulighet til akutte innleggelser.
- Digitalisering. Vil lette arbeidet, og gi mer tid til pasientrettet virksomhet.
- Jobb-/arbeidsdeling mellom spesialister, sykepleiere og helsefagarbeidere. Egne stillinger dedikert til målrettet logistikk-innsats for å stimulerer til mer effektive arbeidsmåter.
- Bruke samhandlingsteam som FACT og SAM-AKS på andre områder. Økt fokus på Helsefellesskapene, intensivere implementeringen av disse. Egne fagutvalg BUP/Psykisk helsevern barn og unge. Psykiatrisk legevakt i de større byene.
- Felles strategi i møte med utleie-byråer. Mer fleksible stillinger med delvis digital arbeidsflate.
- Jobbe opp mot helsemyndighetene slik at kostnadseffektiv behandling, som gruppeterapi eller «halvdagsutredninger», lønner seg for helseforetakene.
- Digitalisering. Flere standardiserte behandlingsprogram med økt intensitet, i kortere perioder.
- Det er behov for å samordne styringssignal, krav og forventninger til kommuner og helseforetak, også for prioriterte pasientgrupper

- Vurdere krav til interkommunalt samarbeid der kommunene er for små, og mangler egne ressurser og kompetanse

Er dere kjent med pågående arbeid eller gode eksempler som departementet bør være kjent med?

- Stilasbyggerne (Akershus universitetssykehus HF), eMestring (Sykehuset i Vestfold HF)
- «DelMedMeg» er et digitalt kartleggingsverktøy innført i Sykehuset Innlandet HF som gir behandler oversikt over pasientens tilstand før første oppmøte i poliklinikk.
- FACT satsing i samarbeid med alle kommuner. Vestre Viken HF har etablert et team Fact sikkerhet. Følger opp alvorlig syke med voldsproblematikk. Følger opp enkeltpasienter og veileder. Innovasjonsprosjektet «Trygg stafett - for å hindre brudd i behandling» (Vestre Viken HF)

Akutt-tjenester

Hva er de viktigste utfordringene å adressere?

- Det er svært mange eldre pasienter som fortsatt bor hjemme med høy skrøpelighet. Hvis noe skjer med de subakutt, er det ikke et godt system for en beslutningstaker som kan treffe tiltak rundt gruppen. Dette henger sammen med at fastlegene har fulle lister og ikke så lett kan rykke ut.
- Overfylte akuttmottak, ikke tilstrekkelig med lokaler eller ressurser. Ikke nok kapasitet til behandling og dermed snu pasienter i mottak. Disse pasientene ligger lengre i mottak.
- Akuttmottakene har ikke tilgang på erfarne leger – LIS 2 og 3. Disse har mange oppgaver på resten av huset. Medfører en opphopning av pasienter i akuttmottaket. Nasjonal mangel på akuttisykepleiere. Dårlige multisyke pasienter krever større kompetanse enn det som pr. i dag foreligger.
- Behov for gode og effektive journalsystemer for akutt-tjenestene

Hvilke tiltak er aktuelle?

- Felles prosedyreverk / hastegrader/ Triagesystemer.
- Beredskapssamarbeid og bruk av "First respondere" med helsefaglig bakgrunn i kommunale organer; helsehus, pleiehjem.
- Styrke legevakt med utrykningskompetanse 24/7 - konsultasjonsstøtte fra sykehus/ambulansse.
- Pilotere ambulante sykehjemsleger som er fastlege for de pasienter som har mye hjemmesykepleie slik at hjemmetjenesten kan trygges. Da kan også pasientens forverring bli tidligere fanget og man kan iverksette tiltak før. Mulig kan man unngå sykehusinnleggelse. Dette bør være i et samarbeid med eks geriatriske avdelinger i landet for rådgivning rundt diverse problemer.
- Ved ombyggingsprosjekter bør akuttmottakene bygges større enn dagens lokale sykehus har for å kunne håndtere pasientstrøm og tilby god behandling til pasientene, samt bedre kvalitet på arbeid.

- Etablere digital eskaleringsplan på regionalt nivå for vurdering av pasientbelegg i mottak.
- Kompetanse i front i akuttmottakene: bemannet med erfaren lege (overlegenivå) og akuttstykkepleiere. LIS1- perioden må i større grad være en veiledende praksis der erfarne leger er mer tilgjengelige. Øke antall utdanningsplasser for akuttstykkepleiere.
- Bedre tilgang på tolketjenester. Evt. digitalisering? Ved akutt behov kan det ta tid før en får tak i tolk over tlf.
- Felles system for dokumentasjon i prehospitale tjenester og intrahospitalt, vil øke pasientsikkerheten eks. for prehospital avklaring av pasienter
- Tydelige føringer nasjonalt for ansvaret rundt ivaretagelse av pasienter med behov for innleggelse i de kommunale øyeblikkelig hjelp sengene

Er dere kjent med pågående arbeid eller gode eksempler som departementet bør være kjent med?

- Sykehuset Innlandet HF: Digital samhandling – bruk av hodekamera for vurdering av pasient i hjemmet eller skadesituasjonen.
- Sykehuset Innlandet HF: Kombinerte ambulanser/helsevaktsbiler type «Røros-modellen» – enmannsbetjente «ambulanser» som jobber i nært samarbeid med legevakt og kommunale tjenester. Hamar er i gang. Trysil/Engerdal har noe lignende. Prosjekt er kjørt på Otta, og der er det en mer permanent løsning på gang, og vi har hatt møter med Gjøvik.
- Sykehuset Innlandet HF: Prehospital beslutningsstøtte: pasientnære blodprøveanalyser. Sepsisprosjektet som er enestående i Norge og i samarbeid med avdeling for blodbank og medisinsk biokjemi. 13 ambulanser i de mest gravgrendte strøkene har nå med seg utstyr til å måle prehospital s-Lactat, hvilket er en markør på sepsis / alvorlig infeksjon. Resultatet meldes inn til mottakende sykehus, som evt. kan stå klare med teammottak, ferdig opptrukke antibiotika osv.
- Sykehuset Innlandet HF: Prehospital beslutningsstøtte: Ultralyd. Ambulansepersonell utfører basale UL-undersøkelser. Pilot er kjørt på Gjøvik i samarbeid med eksperter fra Århus. Problemet er foreløpig å kunne overføre bilder/videoer «live» direkte fra apparatet til mottakende lege eller AMK-lege.
- Det er et godt samarbeid mellom Bærum sykehus og KAD senger i Bærum kommune.

Pasient- og brukerperspektiv

Hva er de viktigste utfordringene å adressere?

- Det er tidkrevende å informere både pasient og pårørende gjennom forløp. Ikke alt helsepersonell er bevisst på at noen pasienter er kognitivt svekket og ikke kan gi informasjon videre til bekymrede pårørende.
- Utfordrende å rekruttere pasient og brukere med «riktig» kompetanse og erfaring inn i utviklingsarbeid

- Brukerperspektivet ivaretas ulikt i kommuner og helseforetak. Kommunenes eldreråd og råd for funksjonshemmede ivaretar ikke pasientperspektivet på samme måte som helseforetakenes brukerutvalg.
- Pårørende ender ofte opp med å bli pasientens koordinator og en sentral omsorgsperson.

Hvilke tiltak er aktuelle?

- Bruk av erfaringskonsultenter og pasientstyrt poliklinikk.
- Alle i helse bør kjenne noe til kognitivt svikt og hvordan man kan fange dette opp. Gode systemer rundt informasjon til pårørende ved behov. Pilotere brukerrepresentanter på alle poliklinikker hvor det går kroniske pasienter. Eks en liten stillingsprosent for diabetespoliklinikk, dialysen etc. Det er ikke alltid et brukerutvalg kan gi de beste svarene per fagområde.
- Dialog med brukerutvalgene om hvordan brukerrollen skal ivaretas. Differensiert finansiering av brukermedvirkning for å ivareta både utvalgsarbeid og deltakelse i arbeidsgrupper i forbindelse med tjenesteutvikling mv
- Anerkjennelse pårørende som en ressurs
- Forbedre pasient- og pårørende informasjon og gjøre den lettere tilgjengelig

Er dere kjent med pågående arbeid eller gode eksempler som departementet bør være kjent med?

- Digitale oversettelsesverktøy til enkel dialog - som supplement til tolketjeneste (under innføring som en app i Helse Sør-Øst).

Barn og unge

Hva er de viktigste utfordringene å adressere?

- Kommunene formidler ofte at de har lite kunnskap om behandling og oppfølging av barn og ungdom i sine kommuner. Barn og ungdom er en liten gruppe som vanligvis ikke har behov for kommunale helsetjenester. Kommunalt helsepersonell blir derfor usikre i oppgavene i å følge opp behandling i hjemmet. Spesialisthelsetjenesten må bruke mye ressurser på samhandling, støtte, undervisning og veiledning – spesielt ved komplekse sykdomsbilder innen barnepalliasjon, barn med behov for pustestøtte etc. Ulik organisering av tilbudet innen helse- og velferd for barn og ungdom i de forskjellige kommunene kompliserer samhandlingen, utfordrer likebehandlingsprinsippet samt vanskeliggjør mulighetene for å skape gode systemer for behandling og oppfølging.

Hvilke tiltak er aktuelle?

- Å legge til rette for god oppfølging av kommunehelsetjeneste ved bruk av ambulante tjenester i spesialisthelsetjenesten (f.eks. team for barnepalliasjon/hjemmesykehus), der barnet er. Gjennom tildelte samhandlingsmidler kan det arbeides i Helsefelleskapet med å se på løsninger.
- Støtte til utprøving av utviklingsarbeid og utprøving av nye modeller for helsetjenester rettet mot innvandrerbefolkningen. For eksempel

ressurspoliklinikk tilpasset pasienter med sammensatte behov. Utviklingsarbeid i samarbeid med kommunene trenger økonomiske insentiv.

Er dere kjent med pågående arbeid eller gode eksempler som departementet bør være kjent med?

- Samarbeid med kommuner og frivillige om utdanning av helseambassadører, flerkulturell doula (kvinne som har etnisk minoritetsbakgrunn, og har selv innvandret til Norge og født barn i Norge).

Med vennlig hilsen
Helse Sør-Øst RHF



Terje Rootwelt
administrerende direktør



Jan Frich
viseadministrerende direktør

Vedlegg 1 - Ahus - 15-09-22

Vedlegg 2 - SiV - Innspill til Nasjonal helse- og samhandlingsplan - 09-09-22

Vedlegg 3 - Sørlandet sykehus - Helsefellesskapet - felles innspill til NHSP

Vedlegg 4 - LDS - Innspill til Nasjonal helse- og samhandlingsplan 13-09-22

[Nasjonal helse- og samhandlingsplan. Invitasjon til å gi skriftlige innspill. - regjeringen.no](https://www.regjeringen.no)

1. Hva er de viktigste utfordringene å adressere?

Kommunikasjon i overganger mellom omsorgsnivåene

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 særlig sårbare pasienter er det ekstra viktig med godt samarbeid. Røde kors lanserte nylig en rapport som har kartlagt de ti mest sårbare gruppene i Norge ([Dette er de ti mest sårbare gruppene i Norge - Røde Kors \(rodekors.no\)](#)). Felles for de ti gruppene som omtales, er at velferdsstaten ikke favner om dem godt nok. Her er det derfor viktig å være oppmerksom i overgangene mellom omsorgsnivåene.

Informasjon, kommunikasjon og tjeneste er ikke tilpasset den enkelte pasient/brukers individuelle forutsetninger

Det er et stort mangfold i befolkningen, og det er viktig å være bevisst at pasienter og brukere har ulike forutsetninger for å ta til seg (helse)informasjon, aktivt ta del i kommunikasjon og være med på å definere egen behandling (samvalg). Dette gjelder blant annet på bakgrunn av blant annet språk- og kulturbakgrunn, alder, sosio-økonomiske forhold og utdanningsnivå, helsekompetanse, digitale ferdigheter og funksjonsevne – eller en kombinasjon av flere av disse faktorene. Helsetjenesten er, gjennom pasient og brukerrettighetsloven, forpliktet til å tilpasse informasjon i henhold til den enkeltes forutsetninger. Mangelfull tilrettelegging kan bidra til å forsterke sosiale forskjeller og ulikhet i helse.

Manglende koordinering

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. Det er mangel på kunnskap om pasientforløp på tvers av nivåene. Det er for mange eksempler der samhandlingen uteblir og det må føres avvik. Eksempler på at pasientene blir lidende fordi forvaltningsnivåene tolker lovverket ulikt. I en rapport fra [Helsedirektoratet 2020](#) påpekes det at lik definisjon på samhandling, uansett forvaltningsnivå er viktig å avklare med tanke på felles faglig innsats. Krevende for HF å ha kunnskap og forståelse for kommunenes variasjoner i virkelighet og rammer, der små kommuner blir generalister, fremfor mer diagnosespesifikt sykehusperspektiv.

Komplekse pasientforløp

Det erfars utfordringer med komplekse saker innen psykiatri og/eller samtidig rusmiddelproblematikk, barn/unge, pasienter på tvang og de som er dømt til behandling. Dette er saker som krever mye av hjelpeapparatet knyttet til kompetanse og ressurser.

Manglende felles IKT-løsninger

Denne strategien må inneholde beskrivelse av behovet til pasientene, behovet til de ansatte i helsetjenesten for samhandling og ikke minst innsikt i data om pasienten uavhengig av omsorgsnivå. Det er behov for effektiv samhandling som understøtter deling av informasjon på tvers av omsorgsnivåer. 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, og forskning.

Utfordringer med å gå fra prosjekt til drift

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/bydel og helseforetak. Det er et strukturelt problem som helsefelleskapene 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.

Rekruttering av faglært personale

Sykehus og kommuner kjemper om samme kompetanse og det samme helsepersonellet, og det er utfordringer med å rekruttere og beholde personell. I årene som kommer blir det relativt sett færre i arbeidsdyktig alder til å ta hånd om pleietrengende og eldre, og til å skape verdiene som skal til for å betale for økende utgifter til folketrygden og helse- og omsorgstjenester.

Samarbeid med fastlegene

Det er behov for tettere samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og fastlegene. Kommunene organiserer fastlegeordningen. De fleste fastlegene er selvstendig næringsdrivende, og har dermed ikke noen direkte tilknytning til tjenestene i kommunene. Fastlegeordningen er under stort press og arbeidsmengden beskrives av fastlegene som utfordrende. Pasienter skrives også raskere ut fra sykehusene. Disse pasientene trenger ofte tett medisinsk faglig oppfølging i kommunehelsetjenesten, både av fastlege og av øvrige kommunale tjenester. Dette fordrer et tett samarbeid, både mellom fastlegene og tjenestene i kommunene, og mellom fastlegene og spesialisthelsetjenesten.

2. Hvilke tiltak er aktuelle?

Utvikling og bruk av verktøy for digital hjemmeoppfølging

Digital hjemmeoppfølging og deling av helsefelleskapsdata er et arbeid som vil være helt sentralt fremover, og som bør forsterkes gjennom Nasjonal helse- og samhandlingsplan. Det er mange gode eksempler i helsefelleskapene, men også mange felles utfordringer som sannsynligvis kan løses på en koordinert måte. Samarbeid om utstyr og løsninger for digital hjemmeoppfølging, i tilfeller der pasienten følges opp av både spesialisthelsetjeneste og primærhelsetjeneste, bør i større grad belyses i ny plan.

Avklare juridiske og tekniske forutsetninger og rammebetingelser

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

Evaluering og forbedring av finansieringsordninger

Ettersom det er utfordrende å gå fra prosjekt til implementering av en tjeneste i drift, kunne det vært nyttig om nasjonale myndigheter evaluerer og forbedrer 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. Potensialet for blant annet distanse oppfølging av pasienter er mye større og samhandlingsplanen må ha incentiver for å lykkes med det.

Må bli tydeligere økonomi/finansieringsordninger for smidige ordninger. Et eksempel fra hverdagen som oppleves utfordrende: Pasient på TUD med medisineringsbehov overført til kommunal bolig fra spesialisthelsetjenesten hvorpå kommunen vil fakturere spesialisthelsetjenesten for utdelingen av medisin, selv om medikamentene allerede er betalt og levert ut til kommunale tjenestene av lokalt DPS.

Finansieringsordninger må i større grad sikre langsiktige tilbud, uavhengig av den enkelte kommunes, til enhver tids økonomi/prioriteringer. Midler som kan bidra til å øke prioritering av lærings- og mestringsevne kan bidra til å fylle behov for oversikt over tilbud satt i system med informasjon om eksisterende tilbud til ansatte og brukere.

Behov for tydeligere ansvarsfordeling

Dersom flere pasienter skal behandles og følges opp i eget hjem i fremtiden vil dette kreve tydelig ansvarsfordeling mellom helseforetakene og kommunene knyttet til ressurser og kompetanse. Her bør

overordnende myndigheter legge tydeligere føringer slik at samhandlingen i hvert helsefelleskap blir smidig.

Etablering av nye tjenestemodeller som omfatter både spesialist- og primærhelsetjenesten innebærer opplevde barrierer fordi det kan være usikkerhet knyttet til regelverk og ansvar som ligger på den enkelte tjeneste. Det er behov for tydeligere nasjonale veiledere og grunnstandarder for etablering av tjenester på tvers av spesialist- og kommunehelsetjeneste. Lovgrunnlaget for oppfølgingstjenester til pasienter som er dømt til behandling av samfunnsvernenssyn og som overføres til kommunene må ha tydeligere hjemler.

Avklaring om psykiatrisk KAD seng i kommunen, må se på samhandlingen rundt dette, og bruken av denne plassen.

Teknologi som kan redusere oppgaver utført av menneskelig arbeidskraft

Ny teknologi legger grunnlag for vekst og høyere produktivitet. Teknologi kan bidra til innbyggermedvirkning som avlaster helsepersonell. Fremtiden krever gode digitale løsninger. Dette for å sikre at ressursene skal strekke til, men også for å sikre mest mulig selvhjelp og mestring hos innbyggerne. Per i dag er det utfordrende å få til tiltak knyttet til digitale løsninger, da nåværende regelverk legger begrensninger for hva man kan iverksette. Her kan eksempelvis oppfølging av pasienter med utviklingshemming og mennesker med nedsatt funksjonsevne nevnes. Her er det behov for tilpasning av gjeldende regelverk og tolkingen av dette fra Statsforvalter. Dette da velferdsteknologiske løsninger som eksempelvis digitalt tilsyn ikke kan iverksettes uten at det skal fattes vedtak om tvang og makt etter HOL kap.9, selv om tiltaket vil medføre langt mindre inngripen i innbyggerens liv enn alternativet. Her kan egen nattevakt til stede nevnes som eksempel.

Økt fokus på helsefremmende og forebyggende helsearbeid og styrking av helsekompetanse

I ny Nasjonal helse- og samhandlingsplan bør det være et større fokus på forebyggende helsearbeid, slik at behovet for behandling og reparasjon kan reduseres. Det bør i større grad tydeliggjøres hvordan samarbeid omkring dette, mellom sykehus og kommune, kan struktureres. Økt helsekompetanse i befolkningen er et viktig felles mål. Helsekompetanse styrker evnen til å mestre ulike livssituasjoner:

- som syk og bruker av helse- og omsorgstjenestene
- som syk for å kunne mestre ulike livssituasjoner og opprettholde funksjon
- som frisk for å kunne forebygge og forholde seg til helsefremmende informasjon, samt forholde seg helsefremmende tiltak som opprettholder og bevarer funksjon

Høy grad av helsekompetanse gir bedre forutsetninger for å treffe sunne livsstilsvalg og skaper forutsetning for egenmestring og egenbehandling av både forbigående, ufarlige sykdommer og kroniske sykdommer. Helsekompetanse setter også folk i stand til å navigere og å bruke helse- og omsorgstjenestene på en hensiktsmessig og derav mer bærekraftig måte.

For å oppnå økt helsekompetanse i befolkningen kreves også økt kunnskap om helsekompetanse blant helsepersonell. Implementering av tiltak i denne sammenheng krever forankring. Viktige verktøy som kan bidra til økt helsekompetanse er bruk av samvalgsverktøy.

I tillegg bør det også være økonomiske insentiver knyttet til forebyggende og helsefremmende tiltak. Fokus på forebyggende behandling gjennom mestringsarbeid, informasjonsoverføring og egenaktivitet i større grad for de pasientene som kan ha nytte av det, slik at behandlere og helsepersonell i alle ledd blir formidlere av helsekompetanse og helsepedagogikk. I dette arbeidet er klarspråk og tilpasset informasjon relevant og viktig. Vurdere om spesialisthelsetjenestens ansvar spisses mer mot håndtering av de alvorligste tilstandene? Mens det for mildere tilstander bør gis tilbud i kommunen, evt. i samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Pasientenes ansvar for egen helse bør om mulig bli tydeligere. Behandling bør sees som hjelp til selvhjelp og ikke en evig støtte.

Å ta i bruk ny teknologi i tjenestene vil være viktig (eks. VR/AR), for eksponeringsterapi, samt i traumebehandling. DPS tilbyr allerede eMestring (internettveiledet behandling) for depresjon, panikkklidelse og sosial angst. Det er flere moduler under utvikling.

Tverrsektorielt samarbeid på tvers av nivåer

Det vil være viktig å etablere tettere samarbeid på tvers av sektorer, blant annet gjennom å styrke samarbeidet mellom helse og skole, for tjenester som gjelder barn og unge. Tettere samarbeid mellom for eksempel helsetjenester, politi, barnevernstjenester og NAV bør i større grad løftes frem. I tillegg bør familieperspektivet ha en større plass i utforming av helsetjenester og samarbeid om pasienter. Her kan samarbeid på tvers av sektorer og tjenestenivåer, om tiltak knyttet til vold i nære relasjoner nevnes som eksempel. Tiltak som styrker pasienten skal ikke begrenses av at det må samarbeides på tvers av sektorer, og dette er elementer som må løftes frem i ny plan.

Samarbeid om læring- og mestringstiltak

Fremtidens pasienter vil ha behov for veiledning og ulike former for mestringstiltak. Den medisinske utviklingen vil gi stadig flere mennesker mulighet til å leve videre med eller oppleve å bli friske av alvorlig sykdom. Det er behov for systematisk arbeid med læring og mestring, både på sykehuset og i primærhelsetjenesten, men også i samarbeid på tvers av tjenestenivåer. Det bør i ny plan legges vekt på hvordan samarbeid om læring- og mestringstiltak kan struktureres. I iverksettelse av slikt utviklingsarbeid i tjenestene er det avgjørende at eksterne økonomiske midler tilføres, slik at helsefremming, samarbeid om tiltak og mestringfokus i pasientbehandling, får en større plass. For å legge til rette for læring- og mestringstilbud til en større andel av pasientene, bør det legges til rette for bruk av tolk.

Mangfold, likeverdige helsetjenester- og migrasjonshelse

Vi støtter HOD sitt initiativ for å fremme helse- og omsorgstjenester til minoriteter og til den samiske befolkningen gjennomgående i den nye nasjonale sykehus- og samhandlingsplanen. Vår erfaring er at dersom ikke gitte sårbare grupper nevnes særskilt, har de en tendens til å bli glemt i gjennomføring av politikk og tiltak. Dette har vist seg med tanke på oppmerksomheten rettet mot innvandreres helse særskilt, etter at nasjonal strategi for likeverdige helsetjenester utløp i 2017.

Gitt den mangfoldige befolkningen vi har i Norge, er det viktig å et bevisst forhold til hvordan vi best kan møte den enkelte utfra den enkeltes behov og forutsetninger. Her er det behov for bevisstgjøring, holdningsarbeid og mer kompetanse hva gjelder innvandreres helse, og hvordan vi best mulig legger til rette for likeverdige tjenester for alle våre pasienter og brukere.

- Det er fortsatt behov for å styrke kompetanse hos ansatte i helsetjenesten innen fagfeltet migrasjonshelse, likeverdige helsetjenester og kultur-/menneskesensitivitet.
- Det er fortsatt behov for bevissthet om at tolk er en integrert del av helsetjenesten, og et viktig verktøy for å sikre pasient- og brukerrettigheter samt ivareta pasientsikkerheten. Kvalifiserte tolker skal benyttes der det er tilgjengelig. Det må også gis kontinuerlig opplæring av ansatte i helsetjenesten, med tanke på korrekt bestilling av tolk, og hvordan man kommuniserer med pasienter via tolk.
- Det er fortsatt behov for mer kunnskap på feltet (innvandrere deres helse). Det kan fasiliteres ved at det gis åpning i regelverk som muliggjør kobling av data om innvandring/landbakgrunn fra SSB og Folkeregisteret. I forskningssammenheng er det nødvendig med bevisst rekruttering av informanter, både i kvantitative (spørreundersøkelser/kartlegginger) og i kvalitative studier. For ofte utelates språklige/etniske minoriteter i slike undersøkelser, noe som kan gi en skjevhet i innsamlet materiell og derav feilaktige konklusjoner.
- Oversettelse av innkallingsbrev og/eller viktig pasientinformasjon relatert til oppfølging og behandling i spesialisthelsetjenesten.

Ivaretagelse av mangfold- og migrasjonsperspektivet handler om både holdninger og kompetanse. Kultursensitivitet er et viktig element her. Det må sikres at informasjon som gis er forstått av den som har mottatt den.

Kompetansedeling og samarbeid

[Kompetansebroen](#) er en plattform for samhandling og kompetansedeling. 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. Erfaringene med

Kompetansebroen viser at det er helt avgjørende å ha en god elektronisk plattform for samhandling og kompetansedeling i helsefelleskapet. Dette er et verktøy som er egnet for å deles, og kan tas i bruk av alle helsefelleskap 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.

Oppgaveglidning

Man bør i større grad se på lovverk som legger til rette for en annerledes bruk av kompetanse. I tillegg bør tjenestene i større grad se på endringer i måten å jobbe på, for å bedre kunne utnytte den kompetanse og de bemanningsressurser tjenestene innehar.

Interkommunale løsninger/samarbeid

For bedre ressursutnyttelse kan kommunene i større grad se på muligheter for samarbeid om ressurskrevende tiltak, som for eksempel institusjonsplasser, boliger med personalbase, personell mv.

Bruk av ideelle og frivillige

Før neste planperiode bør det vurderes hvordan helse- og omsorgstjenesten i større grad kan ta nytte av andre ressurser som blant annet ideelle og frivillige besitter. Det bør vurderes hvordan disse ressursene kan forsterke oppgavedelingen mellom nivåene.

3. Er dere kjent med pågående arbeid eller gode eksempler som departementet bør være kjent med?

- [Kompetansebroen](#) – digital nettportal for kompetansedeling og samhandling
- Ytterligere etablering av FACT-team for voksne og FACT-ung
- Barn som pårørende i kommunene
- Respiratorbehandling hjemme
Bruk og videreutvikling av muligheter som ligger i digitale verktøy og kunstig intelligens (eks. VR og AR)
- Stillasbyggerne; helsetilbud som følger opp barn som ivaretas av barneverntjenesten
- Brobyggerne, som bygger på Stillasbyggerne
- Godt samarbeid mellom kommunene og habiliteringstjenesten på sykehuset
- Start Helsehjelp – digitalt videobasert og individuelt tilpasset e-opplæringstiltak for pasienter på venteliste i psykisk helsevern med hensikt å stimulere til aktiv pasientrolle slik at ventetiden oppleves som mer meningsfull for pasienten.
- eMestring – internettveiledet kognitiv behandling. Pasientene får økt kunnskap om egenomsorg og selvhjelp gjennom økt pasientaktivering med tett oppfølging fra behandler. 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.
- Felles inntak med spesialister er i gang. Bør vurdere felles inntak med kommunen. I dag kan kommunal psykisk helse ha flere måneders ventetid, mens DPS må forholde seg til frister. Dermed blir pasienter som kunne vært i kommunen i stedet henvist til DPS.
- PLO (elektroniske pleie- og omsorgsmeldinger) og annen elektronisk kommunikasjon. Fungerer godt mellom kommuner og sykehus, men krevende for fastlegene.
- Integreerte 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- og Hjerterpasienter etter utskrivelse fra sykehus
- Strukturert poliklinisk dagtilbud for alvorlige spiseforstyrrelser
- Pårørendekursing for pasienter med spiseforstyrrelser
- Åpne dialoger i nettverksmøter brukes aktivt i døgnbehandling. Forskningsrapport legges frem 17.10.22
- Tilbud om flerkulturell doula etableres ved flere sykehus/enheter (samarbeid mellom Sanitetskvinnene og ulike sykehus)
- Fødselsforberedende filmer på ulike språk er nylig lansert på HelseNorge. De er utviklet i samarbeid mellom Sanitetskvinnene, Akershus universitetssykehus og Oslo

universitetssykehus. Informasjon om disse filmene bør spres til helsestasjoner, fastlegekontor og fødeavdelinger ved sykehus ([Videoer om graviditet, fødsel og barselstid - helsenorge.no](https://www.helsenorge.no))

- Digitalt oversettelsesverktøy for helsepersonell og minoritetsspråklige pasienter ([Digitalt oversettelsesverktøy for helsepersonell og minoritetsspråklige pasienter - Helse Sør-Øst RHF \(helse-sorost.no\)](https://www.helse-sorost.no))

Administrasjon

HELSE SØR-ØST RHF
Postboks 404
2303 HAMAR

Vår ref.
22/03488-2

Deres ref.

Dato
09.09.2022

Innspill til Nasjonal helse- og samhandlingsplan

Vi viser til mail fra HSØ datert 5. august 2022, der helseforetakene inviteres til å komme med innspill til ny Nasjonal helse- og samhandlingsplan. SiV takker for invitasjonen, og oversender med dette vårt innspill.

SiV vil innledningsvis gi uttrykk for støtte til Regjeringens ambisjoner om å bruke arbeidet med Nasjonal helse- og samhandlingsplan til å «forbedre samhandlingsreformen» (jfr. brev fra HOD datert 3. august). SiV er av den oppfatning at det største potensialet for utvikling av den norske helsetjenesten ligger i at det blir tatt overordnede og helhetlige grep, hvor de ulike delene av tjenesten blir sett i sammenheng. Dette var hovedbudskapet i samhandlingsreformen, og står seg fortsatt godt.

I SiVs egen utviklingsplan har vi valgt å håndtere dette ved å beskrive utfordringene i form av tre overordnede, men likevel svært integrerte perspektiver:

- Perspektiv 1 Intern utvikling og konsolidering av SiV
- Perspektiv 2 Utvikle SiV innenfor rammene av en helhetlig spesialisthelsetjeneste
- Perspektiv 3 Tettere samarbeid mellom SiV og primærhelsetjenesten i Vestfold

Vi opplever at dette gir et godt utgangspunkt og en god ramme rundt både utformingen og oppfølgingen av sykehusets utviklingsplan. Samtidig som det er tre ulike perspektiver, må sykehuset selvsagt håndtere de tre perspektivene som ett, samlet foretak. SiV tror at en slik tilnærming kan være hensiktsmessig også når det dreier seg om å utvikle planverk på nasjonalt nivå.

I brevet fra HOD og i forespørselen fra HSØ er det listet opp en del temaer som det ønskes innspill på. Vi vil nedenfor gi korte kommentarer til de fleste av disse temaene, og helt avslutningsvis kort kommentere et par temaer i tillegg.

Samhandling

SiV ser det som svært positivt at samhandling løftes fram som en sentral del av den nye planen. Manglende samhandling mellom ulike nivåer og deler av helsetjenesten svekker kvaliteten og effektiviteten i den samlede ressursinnsatsen. Det gir dårligere kvalitet i pasientbehandlingen, og ofte også et dårligere helseutfall enn man ellers kunne ha

oppnådd. Erfaring viser også at det er i overganger mellom nivåer og organisatoriske enheter at de største utfordringene for både pasientsikkerhet, kvalitet og effektivitet ligger.

SiV har noen konkrete innspill til dette temaet:

- Helsefelleskapene er etablert som arenaer for styrket samhandling og tjenesteutvikling mellom spesialist- og primærhelsetjenesten. Det er positivt. For å styrke dette grepet ytterligere, bør det vurderes om det kan legges tydeligere forventninger på Helsefelleskapene for samordning av planer og budsjettprosesser hos de deltagende aktørene, slik at det kan bli et ytterligere «trøkk» i retning av koordinerte og helhetlige tjenester – hvor prinsippet om laveste effektive og bærekraftige nivå legges til grunn.
- Det er også viktig å understreke at det er andre aktører i helsetjenesten enn kommuner og helseforetak. Det er en rekke private aktører, som er mer eller mindre godt integrert i det samlede helsetilbudet. Vi vil her særlig trekke fram private avtalespesialister. Disse utgjør et stort og viktig supplement til den offentlige spesialisthelsetjenesten. Etter SiVs oppfatning er det fortsatt et potensiale for å integrere disse enda bedre i en helhetlig helsetjeneste, hvor ikke minst prioritering bør gjøres etter felles retningslinjer. Én mulig vei å gå er kanskje at det fortsatt er de regionale helseforetakene som inngår avtale med avtalespesialistene, men at de lokale helseforetakene får en sterkere rolle i den praktiske koordineringen og styringen av dem.
- Vi vil også understreke betydningen av at de økonomiske incentivene for finansiering av helsetjenesten understøtter gode samhandlingstiltak. Det kan dreie seg om felles finansiering av hele pasientforløp, slik det tidligere har vært antydnet. Det kan dreie seg om bedre finansiering av team på tvers av forvaltningsnivåene; for eksempel såkalte FACT team. Det kan også dreie seg om finansiering av «halvannenlinjetiltak» mer generelt. Det er viktig å unngå at et fragmentert finansieringssystem bidrar til å utvikle suboptimale løsninger og tjenestetilbud, fordi partene ikke finner fram til modeller som alle tjener på.

Kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet

Det er jo kvalitet og pasientsikkerhet helsetjenesten skal måles på, og som skal være grunnlaget for alt vi gjør av utviklings- og forbedringsarbeid. Ikke minst når vi nå går inn i en tid hvor vi må løse oppgavene med relativt sett mindre ressurser, blir det ekstra viktig at vi holder fast på denne helt avgjørende prioriteringen.

På dette området er det viktig å fortsette – og gjerne forsterke – arbeidet med å utvikle gode mål for utfall/effekter av behandlingen, og ikke minst hva som har verdi for pasientene. Det betyr at kvalitetsarbeidet ved helseforetakene må legge til grunn at pasienterfaringer er en viktig del av kvalitetsbegrepet, og at «verdi for pasienten» må være en tydelig rettesnor for det vi gjør.

SiV vil også peke på at riktig og treffsikker prioritering er en viktig del av kvalitetsbegrepet. I en tid med knappe ressurser blir det helt vesentlig at helsetjenesten prioriterer de pasientene som har det største behovet for hjelp. Her er det etter vår vurdering fortsatt et potensiale for mer helhetlig og overordnet styring.

Det er også viktig å skape oversikt og spre erfaringer fra alle de prosjekter og initiativer innen kvalitetsforbedring som pågår – både på nasjonalt, regionalt og lokalt nivå. Det bør bli mer tempo i arbeidet med erfaringsutveksling og læring på tvers. Her bør nasjonale og regionale helsemyndigheter med fordel kunne ta en mer aktiv og ledende rolle.

Desentraliserte tjenester og sømløse forløp

Her ligger det et stort potensiale for forbedring og en mer brukertilpasset helsetjeneste, selv om det også pågår mye godt arbeid. Etter vår vurdering må helseforetakene i mye større grad enn i dag evne å levere tjenester uten at pasientene nødvendigvis må komme

fysisk til sykehusene. Det kan dreie seg om ambulante tjenester, om felleskonsultasjoner med primærhelsetjenesten, men ikke minst vil det komme til å dreie seg om bedre utnyttelse av digital samhandling (mer om dette nedenfor). Etter SiVs vurdering kan nasjonale og regionale helsemyndigheter ta et større ansvar for å sikre en målrettet - og ikke minst hurtig - utvikling og utrulling på dette området. Dette ikke minst ved å spre gode eksempler. HSØ sier det godt i sitt foreløpige utkast til Regional utviklingsplan:

- Ved utvikling av nye tjenester bør følgende spørsmål alltid stilles: Kunne dette vært gjort hjemme hos pasienten, eller et annet sted utenfor sykehuset?

Det er også viktig at de økonomiske incitamentene for å finansiere helsetjenesten tar høyde for – og understøtter – ambisjonene om desentralisering og sømløshet.

Samtidig må vi i denne utviklingen ikke glemme at det fortsatt vil være pasientgrupper som har behov for fysisk tilstedeværelse på sykehuset for å få nødvendig hjelp og behandling.

Digitalisering

Økt digitalisering vil være en viktig bidragsyter i arbeidet med å skape en mer effektiv helsetjeneste, og en bedre samhandling mellom ulike tjenesteaktører og mellom tjenesteaktørene og pasienter og pårørende.

Når det gjelder økt vekt på digitalisering i samhandlingen mellom helsetjenesten og pasientene, vil det kunne endre både pasientenes/pårørendes og ansattes rolle i samhandlingen. Makt og ansvar vil forskyves og etablerte kommunikasjonsformer vil utfordres. Det vil også gi pasientene mulighet til aktivt og medvirke i egen behandling, og derigjennom også øke deres helsekompetanse. En slik utvikling vil også bidra til en helsetjeneste som opptrer mer på brukernes premisser – blant annet ved at tid, sted og form på konsultasjonen kan tilpasses pasientenes ønsker og behov.

En økt digitalisering vil kunne være et viktig virkemiddel for en helt nødvendig effektivisering av tjenesten, slik blant annet brukerstyrte poliklinikker er et eksempel på. Her blir konsultasjonene i mindre grad kalenderstyrt, og mer styrt ut fra pasientenes ønsker og reelle behov.

SiV har gode erfaringer med å ta i bruk digitale behandlingsmetoder. Veiledet internettbehandling (for eksempel emestring) har vist seg som en god og ressurseffektiv behandlingsform for hyppig forekommende lidelser, slik som angst, depresjon, overforbruk av alkohol mv. Vi opplever imidlertid at det kan være utfordrende å rekruttere pasienter til slike tilbud. Trolig skyldes dette blant annet manglende kjennskap til effekten av behandlingen. Det er derfor behov både for drahjelp fra nasjonale og regionale helsemyndigheter for å informere befolkningen om disse tilbudene, men det vil også være nyttig med økt forskningsinnsats for å dokumentere effektene.

Samtidig skal man naturligvis være oppmerksom på de dilemmaer og utfordringer som økt digitalisering kan medføre. Stikkord her kan være datasikkerhet, personvern og digitalt utenforskap. Det er derfor viktig med felles innsats fra myndigheter og helseforetak for å håndtere disse utfordringene.

I lys av de bemanningsutfordringene som helse- og omsorgstjenestene står overfor (se avsnittet nedenfor), er det viktig at anskaffelser og innføring av ny teknologi gjøres med utgangspunkt i tjenestens behov, og at det bidrar til økt produktivitet. Det innebærer gode opplegg for gevinstrealisering. Det er også viktig at finansieringssystemet videreutvikles til å bli mer dynamisk og egnet til å fremme tjenesteutvikling og nye tjenester, som ofte vil være basert på digitale løsninger.

I arbeidet med å ta i bruk nye teknologiske løsninger er det helt avgjørende at helseforetakene får nødvendig drahjelp og støtte – blant annet fra Sykehuspartner. Det er

liten tvil om Sykehuspartners' kapasitet til å understøtte en så rask utvikling og utrulling som ønskelig, tidvis har vært for dårlig.

Personell og kompetanse

Bemannings situasjonen i helsetjenesten er presset, og den vil bli ytterligere presset i årene framover. Det er lite sannsynlig at det vil være mulig å øke grunnbemanningen i tråd med SSBs framskrivninger av behov. Det vil da helt åpenbart bli nødvendig med nye løsninger og nye tilnærminger for å møte bemannings- og rekrutteringsutfordringene, og disse tiltakene må ha tilstrekkelig bredde og kraft.

En mer aktiv pasientrolle, som følge av ny teknologi og styrket helsekompetanse, slik vi skrev kort om ovenfor, vil nokså åpenbart kunne være et viktig bidrag til den økte effektiviteten som er nødvendig.

Et annet virkemiddel for å møte personellutfordringen, er økt oppgaveglidning og oppgavedeling. Helsetjenesten må bli flinkere til å bruke riktig kompetanse til riktig oppgave. Her har det over tid vært gjort mange forsøk og piloteringer i mindre skala. Nå må tiden være inne til å sette mer fart og retning på dette arbeidet.

Som flere av helseforetakene, både de lokale og de regionale, ga uttrykk for i sine utviklingsplaner fra 2018, er det viktig med en tettere dialog mellom helsetjenesten og utdanningsinstitusjonene for å sikre at den kompetansen som utdannes, treffer sektorens reelle behov, og er målrettet mot å løse de oppgavene som skal utføres i helseforetakene. Her er det fortsatt mye å gå på. Det er viktig at nasjonale helsemyndigheter engasjerer seg tungt i denne problematikken, og har god dialog med de nasjonale utdanningsmyndighetene.

En viktig forutsetning for utdanningsløpene til de som arbeider i helsetjenesten, er tilstrekkelig tilgang på praksisplasser. Etter SiVs vurdering bør private aktører i sterkere grad enn i dag kunne bidra med å stille praksisplasser til disposisjon i utdanningen av sykepleiestudenter og leger i spesialisering. Det vil gi viktige læringsarenaer for disse gruppene, og bidra til å øke utdanningskapasiteten.

Det ligger også en utfordring/et dilemma i den økte bruken av vikarbyråer. Disse byråene sikrer i dag den offentlige helsetjenesten helt nødvendig og hardt tiltrengt kapasitet og kompetanse. Samtidig bidrar byråene til å trekke personell ut av helseforetakene. Det gir en «ond sirkel», som det må forsøkes å finne botemidler mot.

Når det i tiden framover vil bli større knapphet på – og økt konkurranse om – arbeidskraften, blir det også viktig hvordan helsetjenesten greier å «posisjonere» seg i kampen om denne arbeidskraften. Hva gjør helsetjenesten attraktiv for framtidige generasjoner arbeidstakere? Det blir i den forbindelse helt avgjørende at ledere i helsetjenesten evner å utvikle en tjeneste der ansatte får brukt sine kvalifikasjoner, en tjeneste som effektivt tar i bruk ny teknologi, og en tjeneste som er omstillingsdyktig og framoverlent. Å utvikle en helsetjeneste som tilbyr attraktive og offensive arbeidsplasser, der ansatte får brukt sin kompetanse, er også en viktig del av svaret under overskriften «personell og kompetanse».

Rehabilitering og mestring

Etter SiVs vurdering er det viktig at både primær- og spesialisthelsetjenesten satser enda mer systematisk og målrettet på rehabilitering, mestring og forebyggende arbeid. Vi inkluderer forebyggingsperspektivet også, da det ofte kan være litt «flytende grenser» mellom mestring og forebygging.

Høy sysselsetting er helt avgjørende for velferdsstatens bærekraft. Tidlig og effektiv rehabilitering vil både kunne bidra til at pasienter raskere bedrer funksjonsnivået etter sykdom, skade og ulykke, og til at de gjenoppretter full eller delvis arbeidsevne. I mange

tilfeller vil også rask og effektiv (tidlig) rehabilitering kunne redusere behovet for ressurs- og kostnadskrevende behandling i spesialisthelsetjenesten. God rehabilitering kan også redusere behovet for pleie- og omsorgstjenester i kommunene. En satsing på hele rehabiliteringsfeltet vil derfor være et bidrag til en samfunnsøkonomisk mer bærekraftig helsetjeneste. Som en viktig del av en slik satsing, er det viktig å styrke kunnskapen om den helse- og samfunnsøkonomiske betydningen av rehabilitering.

Som nevnt ovenfor, er det spesielt viktig at pasienter som har behov for tidlig oppstart av rehabilitering etter skade eller sykdom, får tilbud om det. Det bør derfor settes som et krav til foretakene at de har kompetanse og ressurser til å starte opp rehabilitering tidlig i sykdomsforløpet. Som en del av dette er det viktig å få på plass dedikerte rehabiliteringssenger til pasienter i akuttfasen på alle helseforetak.

Hvert foretak må også ha et «rehabiliteringsfaglig tyngdepunkt», som har nødvendig tverrfaglig kompetanse til å ivareta pasientene og veilede fagpersoner i foretakene og i kommunene.

Både lærings- og mestringstiltak og forebyggende innsats bør adresseres i den nye planen. Helsefremmende og forebyggende tiltak bør prioriteres sterkere enn i dag – både i spesialist- og primærhelsetjenesten. Mestring og økning av helsekompetanse bør, etter vår vurdering, være en integrert del av alle pasientforløp ved helseforetakene, og LMS kurs bør inngå i alle pasienttilbud hvor det er relevant.

Rehabilitering gis på flere nivåer i helsetjenesten. På dette området er innslaget av private aktører spesielt stort. De mange aktørene kan gjøre det krevende å få til sømløse, godt koordinerte og sammenhengende forløp. Det bør vurderes om forløpsfinansiering kan være et egnet virkemiddel for å oppnå bedre samhandling mellom nivåer og tjenesteytere. Det kan også være grunn til å se mer overordnet på om måten rehabiliteringstjenesten er finansiert på, samlet sett gir den beste og mest målrettede bruken av ressursene; inkludert om den bidrar til riktig prioritering.

Svangerskaps-, føde- og barseltilbud

Det har over lang tid vært vanskelig å rekruttere og beholde jordmødre i spesialisthelsetjenesten. Utfordringen har ikke blitt mindre etter at det har blitt krav om jordmørtilbud i kommunene. Spørsmålet er om det er nok tilgjengelig kompetanse på dette området til å dekke behovet både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten? Kan eventuelt noe av utfordringen løses ved å bruke delte stillinger i større grad? Er det eneste virkemidlet som virker på sikt, å øke utdanningen av jordmødre, og hvordan kan i så fall utdanningsinstitusjonene bidra til å sikre dette?

Etter SiVs vurdering er det viktig at det blir tatt tak i denne rekrutteringsutfordringen på nasjonalt nivå, slik at ikke primær- og spesialisthelsetjenesten setter i gang et usunt løp med å «konkurrere hverandre ut».

Psykisk helse og rus

Mye av det som er skrevet under de andre overskriftene i høringsinnspillet fra SiV, gjelder felles for både somatikken og for psykisk helse og rusbehandling. Det gjelder for eksempel digitalisering, desentralisering av tjenester, og de økte utfordringene når det gjelder personell og kompetanse. I dette punktet vil vi komme med noen innspill som gjelder spesifikt for psykisk helse og rusbehandling.

Kapasiteten og ressurs- og plassbehovet i sikkerhetspsykiatrien er en viktig utfordring. Her bør den utredningen som er bestilt av HOD til RHFene, gjennomføres snarlig. Det er i den forbindelse viktig å tenke både oppbygging av døgnkapasitet, utvikling av nye og integrerte polikliniske tilbud, og ambulante tiltak. Ved SiV har vi nå bygd opp en spesialpoliklinikk som

vi mener kan være et godt eksempel. Ansvarsdelingen mellom sykehusene og kommunene bør adresseres særskilt i rundskriv mv.

Økt tjenestebehov for barn og unge med psykiske lidelser bør også adresseres særskilt, og viktigheten av forebyggende tiltak bør vektlegges (særlig i kommunehelsetjenesten). Men det er også viktig å utvikle integrerte tjenester som sikrer riktig prioritering og rask helsehjelp, og mer intensiverte tilbud. SiV og kommunene i Vestfold har utviklet en ordning som vi kaller *inntak ute*, og som vi har gode erfaringer med. Her drøfter partene i fellesskap hva som kan være et hensiktsmessig hjelpenivå for konkrete barn/ungdommer. Slike tiltak bør – særlig i forhold til barn og unge – vektlegges mer enn ren sengekapasitet. Et relevant og godt eksempel er SiVs poliklinikk intensiv, inkludert dagtilbud for barn og unge med spiseforstyrrelser.

Den nye Nasjonale helse- og samhandlingsplanen bør se spesifikt på utvikling av incentiver som kan bidra til å støtte opp under utvikling av gode tjenester. Man bør gjennomgå utforming av måltall og vurdere annen type forløpsfinansiering for å stimulere til utvikling av tjenester og forenkling av «papirarbeidet» (avbyråkratisering). Et eksempel kan være forløpsfinansiering for 4-dagers-behandling ved angst- eller tvangslidelser versus daglig registrering mm. Videre synes måltall med antall polikliniske opphold å understøtte lange behandlingsløp. Opplegg med mer komprimerte og intensive behandlingsformer, vil ofte kunne være vel så gode alternativer. Her jobber flere behandlere intensivt og i team rundt enkeltpasienter. Det gir ofte både kortere behandlingstid og raskere tilfriskning (halvdagsutredning, dagbehandling for spiseforstyrrelser, 4-dagers-behandling).

En viktig utfordring i psykisk helsevern er fortsatt for omfattende bruk av tvang i form av tvangsinnleggelse, tvangsmidler og tvangsbehandling. Det er mye godt arbeid på gang for å redusere tvangsbruken. Noen eksempler bør trekkes frem særskilt, deriblant autonomifremmende behandlingstilbud som er beskrevet i WHO's arbeid omkring menneskerettighetsbaserte tjenester og hvordan man virkelig kan få til person-sentrerte tjenester. Her kan det eksempelvis nevnes BET (Basal Eksponeringsterapi)-postene i VVHF (som vi nå også har etablert på SiV), eller åpne akuttposter, slik de har etablert ved Lovisenberg diakonale sykehus.

Ventetid er en utfordring i psykisk helsevern og TSB, samtidig som man ikke benytter seg av ventetiden til målrettet intervensjon. Her fins det digitale muligheter med stort potensiale også i et nasjonalt perspektiv. For eksempel er det ved St. Olav utviklet digitale tjenester (selvhjelpsverktøy, videoer, mm) som pasienten mottar før konsultasjon/første time. Dette bidrar til mer aktiv bruk av ventetiden, og dermed også til bedre forberedte førstegangssamtaler.

Akuttjenester

En godt fungerende akuttkjede er en avgjørende forutsetning for at pasientene skal få rask behandling, med god kvalitet, og på riktig omsorgsnivå. At denne kjeden fungerer, er viktig for befolkningens opplevelse av trygghet når sykdom og skade oppstår, og for hele tilliten til helsetjenesten.

Etter SiVs vurdering vil det være hensiktsmessige å bruke begrepene akuttjenester og akuttkjede når vi i framtiden skal omtale denne delen av helsetjenesten. Begrepene akuttjenester og akuttkjede oppleves å favne bredere og være mer inkluderende enn *akuttmedisin*. Det gjelder for eksempel med hensyn til akutt forverring av kroniske sykdommer og ved psykososiale kriser.

I tiden framover er det grunn til å anta at behovet for akuttjenester i økende grad vil være knyttet til pasienter og kommunale tjenestemottakere som blir ivaretatt i eget hjem. Da vil det, som nevnt ovenfor, trolig være nødvendig å revidere hvilke deler av de samlede helse- og omsorgstjenestene som inngår i akuttkjeden. Forutsatt at vi legger til de strategiene som

går ut på å ivareta flere pasienter poliklinisk og ambulant, at pasientene har stadig kortere liggetid på sykehus, og at kommunene kommer til å ivareta flere pasienter i eget hjem (framfor heldøgntjenester), så virker det rimelig å anta at behovet for akutte, tidskritiske og ambulante tjenester vil øke. Samhandling, effektiv ressursutnyttelse og riktig kompetanse – både hos de enkelte aktørene og i kjeden som helhet – bør være sentrale temaer i den nye Nasjonale helse- og omsorgsplanen.

Med et slikt utgangspunkt bør et økt fokus på akuttkjeden omfatte alle aktørene fra hjemmesykepleien i kommunene, sykehjemstjenesten, fastlegene, legevaktene, kommunale ØHD plasser, ambulansetjenesten, AMK og akuttmottakene ved helseforetakene.

Ofte vil en velfungerende akuttkjede også være helt avhengig av et godt og strukturert samspill med tunge fagmiljøer inne på sykehusene. Disse vil kanskje ikke omfattes av en streng definisjon av begrepet akuttkjede, men på grunn av sin kunnskap, kompetanse og erfaring, vil de være en viktig samtalepartner og veileder for de som arbeider i selve kjeden. Gode konsultasjons- og veiledningsordninger fra slike miljøer vil i mange tilfeller være helt vesentlig for at aktørene ute i akuttkjeden skal kunne håndtere krevende situasjoner «der ute».

Etter SiVs vurdering er det viktig at de nye Helsefelleskapene engasjerer seg aktivt og forpliktende i arbeidet med å utvikle, styrke og forbedre akuttjenestene, og ikke minst helheten i akuttkjeden.

Pasient-, bruker- og pårørendeperspektiv

Etter SiVs vurdering bør den nye Helse- og samhandlingsplanen sette brukerperspektivet klart og tydelig i fokus. Pasient- og brukerperspektivet må på en langt tydeligere og mer forpliktende måte enn i dag være drivere for endring og kontinuerlig forbedring av tjenestene.

Økt endringstakt og fleksibilitet i helsetjenestene legger til rette for at pasienter kan ha en mer aktiv og forpliktende rolle i sine egne behandlingsforløp. Samvalg, der pasientens individuelle prioriteringer og behov legges til grunn, gir pasientene en mer aktiv rolle enn det som tradisjonelt er assosiert med begrepet medvirkning. Asynkrone digitale helsetjenester gjør det allerede nå mulig å tilrettelegge for brukerstyrte tjenester innenfor dagens etablerte rammer for organisering.

For at brukerstemmen framover skal bli innhentet og benyttet i utforming og levering av tjenester, er det ikke minst nødvendig å jobbe med å utvikle en god kultur for brukermedvirkning – i alle ledd og på alle nivåer i helsetjenesten. En slik kulturendring er en forutsetning for at de ansatte i tjenesten skal kunne bidra på en god måte med å øke helsekompetansen i befolkningen. I tillegg til forankring og opplæring, er det holdningsarbeidet som fremmes i satsninger som «Hva er viktig for deg?», et viktig element for å skape vilje til endring og engasjement. Gjennom slike satsinger – som foregår både i primær- og spesialisthelsetjenesten – kan det avstemmes forventninger mellom helsearbeider og pasient og pårørende, slik at det blir en felles forståelse av hva som må til for at brukerstemmen skal bli hørt i praksis. Men dette krever, som nevnt ovenfor, en betydelig økt kompetanse hos ledere og ansatte når det gjelder kommunikasjon med pasienter og pårørende. Her må det øves og trenes både mye og systematisk. Viktigheten av dette bør adresseres tydelig i den nye planen.

Helse Sør-Øst har både i sin strategi for kvalitet og pasientsikkerhet og sin Regionale utviklingsplan rettet et sterkt fokus på pasientsikkerhet, kvalitet og brukermedvirkning. Et satsningsområde i strategien er å *øke pasienters helsekompetanse*. Gjennom tre tiltaksområder - Pasient- og pårørendeopplæring, Kommunikasjon og Brukermedvirkning - skal pasienter, brukere og pårørende gis kunnskap om og mulighet til å ivareta sin helse og sine rettigheter, medvirke i egen behandling og i arbeidet med å forbedre tjenestene. Dette

er en prioritering som SiV sterkt støtter, og som også bør få drahjelp fra den nye nasjonale planen.

For å sette pasienter og brukere bedre i stand til å ivareta denne rollen, er det viktig at helsetjenesten på bred front motiveres og mobiliseres for å bidra til å styrke den enkelte bruker sin helsekompetanse. I tillegg til god kommunikasjon med den enkelte bruker, må det både tilbys lærings- og mestringskurs og mer overordnede kurs med sikte på å styrke den generelle helsekompetansen i befolkningen.

Så godt som alle høringsinstansene til sykehusets utviklingsplan var enige om at brukerperspektivet må stå helt sentralt i det videre arbeidet med å følge opp planen, og også at Helsefellesskapet kan være en velegnet arena for å løfte dette perspektivet videre. Ikke minst fordi alle parter her møtes rundt et felles bord, og sammen kan beskrive både utfordringsbildet og felles målbilder. SiV tror det ligger mye uforløst motivasjon og energi i arbeidet med å skape en mer brukerdrevet helsetjeneste. Fra brukerne selv presiseres spesielt viktigheten av å trekke brukerne med helt fra starten av i slike forbedringsprosesser. Det er ikke tilstrekkelig å bli involvert når rammer og premisser for et forbedringsarbeid er lagt.

For å skape reell og god brukermedvirkning, er det viktig at samspillet mellom tjenesteutøverne og brukerne differensieres og skreddersys ut fra brukernes forutsetninger og behov. Det er ikke nødvendigvis slik at én måte å gjøre det på, alltid passer like godt for alle.

Gitt de demografiske endringer Norge står overfor i årene framover – med en aldrende befolkning, rekrutteringsutfordringer og økt press på helsetjenesten -, er det viktig at planen også tar opp temaene «frivillighet» og «pårørende». Når flere pasienter/brukere forutsettes ivaretatt i eget hjem, er det grunn til å anta at frivilligheten, men ikke minst pårørende, vil måtte mobiliseres som bidragsyttere og samarbeidspartner med den profesjonelle helsetjenesten. Her kan det ligge et betydelig potensiale – forutsatt at denne ressursen forvaltes klokt og med respekt.

I det samarbeidet som SiV har hatt med pasienter, brukere og deres organisasjoner, har det kommet helt tydelige signaler om at de opplever mangel på koordinering og samordning av de tjenestene som kommer i tillegg til den rent medisinske behandlingen ved sykehuset. Tilbudene er ulike, avhengig av hvilken diagnose pasienten har. Det er derfor et behov for at alle pasienter med behov for koordinerte tjenester knyttet opp mot medisinsk behandling får mulighet til å motta det samme tilbudet, og at tilbudet blir samorganisert og samlokalisert. I sykehuset er det derfor nå i ferd med å bli etablert en felles enhet for slike Støttetjenester. Støttetjenestene skal omfatte funksjoner som barnekoordinator, sosionomtjeneste, sexolog, klinisk ernæringsfysiolog, prest/livssyn m.m. Støttetjenestene vil bli organisert og lokalisert sammen med Lærings- og mestringscenteret, Pusterommet og Vardesenter.

SiV har tro på at denne samordningen vil gi et både bedre og mer likeverdig tilbud om støttetjenester til alle pasienter med slike behov – uavhengig av hvilken diagnose de har.

Et incentivsystem som støtter opp under en ønsket tjenesteutvikling

Vi har flere steder i punktene ovenfor understreket viktigheten av at de økonomiske incentivsystemene må bidra til å støtte opp under en helsetjeneste som er preget av tidlig innsats, sømløse og helhetlige forløp, godt koordinerte og integrerte helsetjenester mv. Det er også viktig at incentivsystemene bidrar til å fremme digitalisering og at de understøtter areafleksible måter å utføre tjenestene på. Det vil si at tjenestene i større grad gis på det tidspunkt, på den arena, og i den formen som passer best for pasienten. Så langt som overhode mulig, bør de økonomiske incitamentene utformes slik at de spiller på lag med som er en ønsket utvikling av tjenesten.

SiV opplever at finansierings- og incentivsystemet de senere årene har blitt endret raskere og mer fleksibelt på måter som støtter opp under hensiktsmessige og ønskede omlegginger av tjenesten. Vi mener likevel at det fortsatt bør ses nærmere på om slike omlegginger skjer raskt og smidig nok. Vi har nevnt forløpsfinansiering som én vei å gå; eksempelvis innen rehabilitering. Innen psykisk helse og rusbehandling viser vi til behovet for å gå fra lange behandlingsforløp med mange polikliniske konsultasjoner til mer komprimerte og intensive behandlingsformer, og vil understreke viktigheten av at finansieringssystemene bidrar til å fremme slike omlegginger.

Vi vil også peke på hvor viktig det er at forebyggende arbeid, tidlig innsats, lærings- og mestringsaktiviteter mv blir tilfredsstillende finansiert. Disse delene av heletjenesten har ellers lett for å tape i konkurransen med «blålysmedisinen».

Forebygging og tidlig innsats

Som nevnt innledningsvis, har Helse- og omsorgsdepartementet som ambisjon at Nasjonal helse- og samhandlingsplan skal bidra til å forbedre samhandlingsreformen. Planen skal omfatte både den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten. Det er viktig at man da vender tilbake til det som var utgangspunktet og begrunnelsen for samhandlingsreformen da den ble iverksatt i 2012.

Utgangspunktet for samhandlingsreformen var en bred erkjennelse av at Norge – på samme måte som svært mange andre land - hadde organisert og rigget helsetjenesten på en måte som ikke ville være bærekraftig over tid. Vi hadde satset for lite på forebygging, læring og mestring, rehabilitering, tidlig innsats, og tiltak som kunne bidra til å forsinke sykdomsutvikling/forverring av tilstand. På overordnet nivå hadde man gjennom samhandlingsreformen som ambisjon å få til det som ble omtalt som en «venstreforskyvning» av norsk helsetjeneste. Det vil si å flytte fokus og ressurser fra avansert utredning og behandling til mer vekt på forebygging, mestring og tidlig innsats. I de 10 årene som har gått fra 2012, har også betydningen av å styrke befolkningens og pasientenes helsekompetanse fått betydelig økt oppmerksomhet. Det samme har betydningen av pårørende som ressurs. Jfr. det vi skrev ovenfor.

Selv om samhandlingsreformen ikke helt har blitt «hva den lovet» (jfr. behovet for å forbedre den), har *begrunnelsen* for den minst like stor aktualitet i 2022 som i 2012. Vi vil derfor anbefale HOD å ta en grundig vurdering av hva som må til – både av fokus, ressurser og virkemidler – for reelt sett å skape en bærekraftig helsetjeneste, hvor ressursene settes inn der hvor de gir størst helsegevinst.

Hvis det er poenger/temaer i dette innspillet som HOD ønsker utdypet eller ytterligere konkretisert, bistår sykehuset mer enn gjerne med ytterligere dialog.

Med vennlig hilsen
Stein Kinserdal
Administrerende direktør

Dokumentet er elektronisk godkjent og har ingen signatur

Helsefellesskapet Agders innspill til ny NHSP

I. Status i arbeidet i Helsefellesskapet Agder.

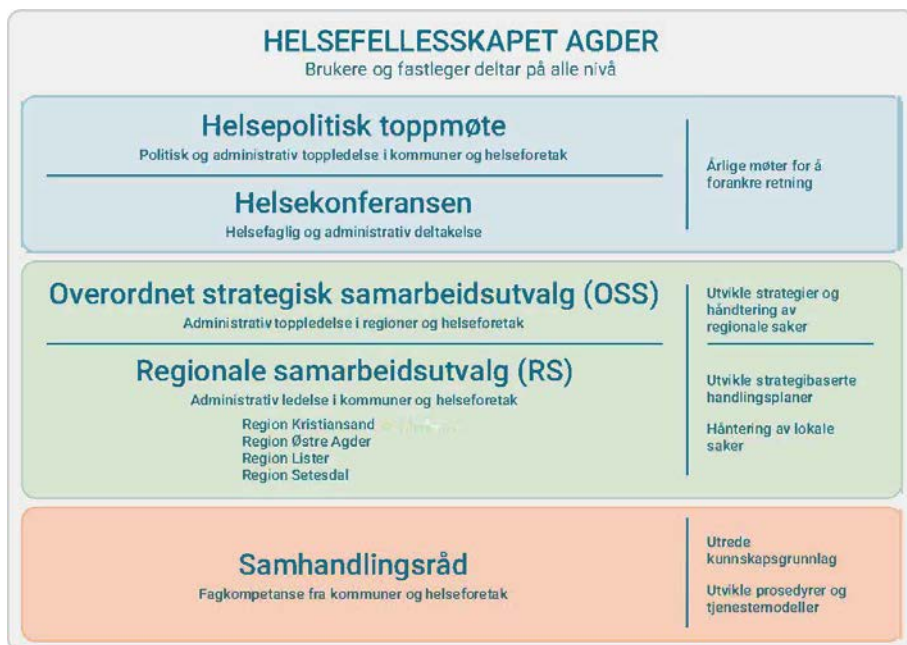
Helsefellesskapet Agders struktur ble formelt vedtatt nov. 2019 iht. føringene i Nasjonal Helse- og sykehusplan 2020-2023 (NHSP), og er basert på et mangeårig samarbeid gjennom Overordnet strategisk samarbeidsutvalg (OSS) fra 2006. Partnerskapet har et klart mål om å forsterke samhandlingen på Agder i tråd med nasjonale målsettinger.

Partssammensatte strategidokument

Helsefellesskapet har utarbeidet felles strategidokumenter både for topartssamarbeidet mellom kommunene og SSHF (Helsefellesskapet) og trepartssamarbeidet Overordnet samarbeidsorgan for forskning, innovasjon og utdanning for kommunene, SSHF og Universitetet på Agder (OSO).

Partnerskapets felles strategidokument «*Grensesprengende samarbeid om helsetjenesten på Agder 2019-2021*» ligger til grunn for strategiske drøftinger og prioriteringer, og hvor hovedområdene er:

- Sammenhengende innsats for å sikre helse og bærekraft
- Sikre framtidig kompetanse
- Påvirke nasjonale rammebetingelser, strategier og strukturer
- Styrke forskning og tjenesteinnovasjon



Erfaringer fra samarbeidet mellom kommunene og helseforetak

Helsefellesskapet Agder-OSS møtes fire ganger i året, men i pandemien har det vært behov for hyppigere møter. I 2020 ble det gjennomført åtte møter (74 saker) og i 2021, seks møter (59 saker). Pandemien har preget samhandlingen i partnerskapet med fokus på scenario-

planlegging, gode rutiner for innleggelse og utskrivelser og det å sikre nok kapasitet (plasser, utstyr, personell).

Samhandlingsrådene er sentral arena for tjenesteutvikling og p.t. har vi rådene Somatisk rehabilitering, Psykisk helse og rus, IKT Forum, Medisinsk samhandlingsråd og Akuttmedisinsk kjede (etablert okt.2021). Rådene får et årlig hovedoppdrag og det er rutiner for oppfølging og tilbakemelding som sikrer sammenheng med Helsefelleskapets strategiske innsatsområder.

Andre samhandlingsgrupper er *Faggruppen Analyse og styringsdata* (etablert okt. 2021) som arbeider etter mandat og årlig bestilling fra Helsefelleskapet-OSS. Første oppdrag er knyttet til skrøpelige eldre/de med sammensatte lidelser. Videre har vi *Koordinerende avtalegruppe (KA)* som på samme måte får oppdrag/bestilling, men knyttet til de formelle samarbeidsavtalene. Agder er på etterskudd mht. revidering, har startet arbeidet, men ser frem til at revidert nasjonal veileder kommer i 2022.

Sekretariatsfunksjoner

Helsefelleskapet (OSS) har etablert et administrativt arbeidsutvalg som består av representanter fra kommuner og helseforetak.

De fire kommuneregionene på Agder har samhandlingskoordinatorer. Tilsvarende har helseforetaket klinikk-kontakter samhandling, i tillegg til sentral stab med samhandling. Gjennom denne strukturen av nettverk utøves samhandling, koordinering og forankring.

Likeverdige, men ulike beslutningsprosesser

Helsefelleskapet er konsensusbasert og det kreves tilrettelegging med nok tid til forankring. Kommuner og Helseforetaket har her ulike behov, og det er en fordel for samhandlingen at Agders 25 kommuner er koordinerte gjennom KOSS (kommunenes overordnede strategiske samarbeidsorgan), som skal legge til rette for økt samarbeid mellom kommunene på Agder innenfor de viktigste strategiske utviklingsområdene på helseområdet samt ivareta strategisk samordning for Agderkommunenes interesser i samarbeidet med Sørlandet Sykehus HF og regionale råd og nasjonale myndigheter

Denne interkommunale samarbeidsstrukturen er forankret i overordnede regionale organ og med kopling til formaliserte arenastrukturene i KS Agder.

Beslutningsprosesser kan likevel være krevende når partnerne er så ulike når det gjelder samfunnsoppdrag, styring og finansiering. Dette kan lett gi friksjon når ansvar og byrder skal deles på/samhandles om.

Oppsummert

Vi erfarer at Helsefelleskapet er en moden struktur som fungerer. Samarbeidet prioriteres og dialogen og samhandlingen er styrket gjennom en meget krevende periode. Strukturene for god samhandling er på plass, og Helsefelleskapet må i enda større grad omsette dette til fremtidsrettede, bærekraftige tjenester og samhandlingen om dem. Delt situasjonsforståelse har vært en viktig plattform, men pandemien har også medført at planlagt utviklingsarbeid er forsinket og/eller utsatt – så mye gjenstår.

Våre erfaringer og læringspunkter kan gjerne viderefremmes i konferanser, nettverksmøter mv.

Eksempler på tjenester som er utviklet eller er i ferd med å utvikles i fellesskap for de fire prioriterte pasientgruppene

- Utarbeidet faglige anbefalinger om oppfølging av ROP-pasienter på Agder - tiltak iverksettes i kommuner og helseforetak
- FACT- utbredelse på Agder; felles overordnet intensjonsavtale for FACT, faglige prinsipper og finansieringsmodell for samarbeidet (prinsipper og struktur)
- Samordnet tilnærming til utlevering av LAR-medisin (avtale, utlevering, finansiering)
- Implementering av mestringsgrupper (mini-RISK) på skolen for engstelige barn og unge
- Pilotering av flernivå-intervensjon for forebygging av depresjon og selvmord, med fokus på folkehelseopplysning.
- Etablert samhandlingsråd for akuttmedisinsk kjede på Agder
- Etablert elektronisk informasjonsutveksling mellom sykehus og kommune når barn er pårørende og trenger oppfølging
- «Sammen om kvalitet» med fokus på ernæring, legemiddelsamarbeid, fallforebygging, pasientsikkerhet inn og utskrivning. Avvikshåndtering. Forbedringsagentutdanning

Andre områder hvor partnerne har felles interesser og formalisert samarbeid er etablert:

- Campus Sør, desentral medisinerutdanning i samarbeid med UiO
- OSO trepartssamarbeid om forskning, utdanning og innovasjon, hvor også Universitetet i Agder er med-aktører
- Felles e-helseprosjekter (e- helse Agder 2030)
- «Barn under radaren» - tiltak i spesialisthelsetjenesten for tidlig avdekking av omsorgssvikt

II. Utfordringer i arbeidet med å skape mer sammenhengende og bærekraftige tjenester til pasienter med sammensatte behov.

Helsefellesskapet Agder peker her på forhold som er krevende i arbeidet med å skape mer sammenheng og bærekraft.

To forvaltningsnivå med ulike finansieringssystem

Kommunen (inkl. fastleger og legevaktstjeneste) og Helseforetakets ulike finansieringssystemer gir ikke tilstrekkelig understøttelse eller incentiver til å iverksette optimal samhandling/de beste tjenestemodellene på tvers av forvaltningsnivå.

Det er behov for systemer og incentiver som muliggjør ny samhandling med økt pasientsamarbeid knyttet til pasientforløp og ulike team-modeller. Det samme gjelder for proaktiv behandling tidlig i sykdomsforløp som kan redusere presset på tjenestene.

I dag er det slik at gode løsninger kan stoppes eller prosesser blir svært krevende og omfattende fordi dagens finansieringsløsninger kan ha ugunstig effekt på den ene partnerens økonomi. Disse utfordringene kan vanskelig løses alene og lokalt. Det er utfordrende å løfte blikket fra egen «bunnlinje» og finne samfunnsøkonomiske løsninger med bærekraft over tid.

Tjenesteutvikling baseres på svakt kunnskapsgrunnlag

På noen områder ser det ut til å være stor grad av uønsket variasjon i tjenestene. Partnerne ser på helsetjenesten fra hvert sitt ståsted og vi har manglende kjennskap til hverandres styringsdata. Det er stort behov for å styrke vårt felles kunnskapsgrunnlag for planlegging og utvikling av tjenestene. Helsefelleskapet Agder har etablert *Faggruppen analyse og styringsdata* som skal fremskaffe omforente data og analyser som skal gi grunnlag for videre prioritering og tjenesteutvikling. Datagrunnlaget består av styringsdata fra HDIR til helsefellesskapene, men også andre kilder.

Den digital transformasjon går for sakte

Mye skjer innen digital utvikling, men løsningene og verktøyene skulle vært på plass «i går» for å kunne samhandle effektivt og sikkert på tvers av organisasjoner og forvaltningsnivå. Mange utfordringer følges ved at flere juridiske organisasjoner skal håndtere den digitale utviklingen «hver for seg» (anskaffelser, utstyr og logistikk, drift og vedlikehold, dataansvar mv.) Videre utfordres aktører ved at vi har ulike systemer for dokumentasjon og dermed begrensede muligheter for effektiv overføring av opplysninger.

Det er en stor fordel at Agders 25 kommuner har felles teknologisk plattform for responssenter. Helsefellesskapet bør i større grad la noen kommuner og sykehuset prøve ut løsninger, evaluere og vurdere utrulling.

Felles styring og finansiering av utvikling

Innovasjonsprosjekter av et visst omfang krever finansiering utover vanlige drift. Det er meget hard konkurranse om midler fra eksterne finansieringskilder, og uten friske midler er felles tjenesteinnovasjon i større prosjekter veldig krevende.

Helsefellesskapet Agder tildeles årlig samhandlingsmidler fra Helse Sør-Øst, penger som brukes målrettet, men det er ingen stor finansieringskilde. Når det gjelder prosjektstyring, pågår det et arbeid i Helsefellesskapet med å vurdere hvordan vi kan etablere felles struktur for å sikre felles eierskap og styring av samhandlingsprosjekter ved bruk av porteføljestyling.

Variierende kjennskap til hverandre

Partnerne har variierende kjennskap og forståelse av hverandres forutsetninger, roller, oppdrag, behov og utfordringer. Samarbeid og møtearenaer i helsefellesskapet er tiltaket og bør utvides til i større grad, gjelde operativt helsepersonell. Partnerskapet må aktivt benytte ulike samhandlingsråd for å finne gode løsninger og i større grad designe tjenester sammen til beste for pasientene uten at en opplever å måtte «ta over» den andres oppgaver.

III. Hvordan regionale aktører og nasjonale myndigheter kan støtte opp om arbeidet med å skape en mer sammenhengende helse- og omsorgstjeneste.

Helsefellesskapet har behov for støtte og med et variert virkemiddelapparat som stimulerer til grensesprengende samhandling om fremtidens helsetjenester.

Tydelige forventninger/bestillinger fra departement og direktorat

Det må være god sammenheng mellom nasjonale planer og bestillinger. Det kommer styringssignaler fra ulike departement og direktorat som ikke alltid er koordinert, noe som er en risiko mht. ulike styringssignaler og prioriteringer. Koordinering mellom aktuelle

departement er derfor viktig og slik at årlige oppdrag/bestilling er harmonisert hva gjelder ønsket retning og prioriteringer.

I henhold til statsrådets «sykehustale» i januar 2022 har regjeringen bestemt at de i stedet for en ny nasjonal helse- og sykehusplan vil lage en "helse- og samhandlingsplan". Dette må i Helseforetakenes regionale og lokale utviklingsplaner og de kommunale utviklingsplanen integreres med et tydelig fokus på samhandlingen mellom partnerne i Helsefellesskapet.

Fastlegens rolle i Helsefellesskapet må kommuniseres med tydelige forventninger. Deres deltakelse er sentral i utviklingen av tjenestene og samhandlingen i pasientforløp.

Fra nasjonalt hold bør det vurderes om det er sentrale områder der det kan settes tydeligere krav til standardisering av helsetjenestene og til samhandlingen om dem. Dette for å bidra til enklere og ofte mindre kostbare prosesser for ansatte på ulike nivå i helseforetak og kommuner.

Om behovet for justering av nasjonale virkemidler.

Faglige råd

Nasjonale retningslinjer, fagkampanjer og veiledere er publisert og tilgjengeliggjort, men Helsefellesskapene må settes bedre i stand til å iverksette disse. Det er underskudd på virkemidler til å etterleve råd og veiledere.

Styrings- og finansieringssystemer

Dagens incentiver er ikke sterke nok til å bøte på de systemsvakheter som ulike styrings- og finansieringssystem innebærer. Helhetlige pasientforløp og løsninger som er til det beste for pasienten uavhengig av hvem som utfører tjenesten, er sentralt. Dette må understøttes organisatorisk og finansielt. Finansieringsmekanismer oppsummert i forrige NHSP kan derimot gi interessekonflikt i det finansieringen skal følge «innholdet i tjenesten og ikke hvem eller hvor», samtidig som den skal «understøtte helhetlige tjenesteforløp» på tvers av sykehus og kommuner. Det bør presiseres hvilke sentrale mål utviklingen av finansieringen skal knyttes til, ettersom det skrives «Kvalitetsbasert finansiering skal knyttes tettere til sentrale mål for utvikling av spesialisthelsetjenesten».

- *Styring av helsetjenestene er ikke optimal tross lovgivning, regelverk, faglige føringer og andre styringsverktøy:*
 - *Helseforetak, kommuner og selvstendig næringsdrivende fastleger velger oppgaveløsning innenfor sine respektive styrings- og finansieringssystem*
 - *Finansieringen av helseforetak, fastleger og spesialister kan føre til et for ensidig fokus på aktivitet*
- *Det er behov for:*
 - *økt fokus på kvalitet i flere ledd helsevesenet (bla. kvalitetsindikatorer)*
 - *finansieringssystemer som stimulerer og legger til rette for å samhandle i helhetlig om forløp og med nye arbeidsformer*
 - *at formelle samarbeidsavtaler muliggjør et bredere samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommuner, på nye områder*

Styringsinformasjon og framskrivningsverktøy

Det må fortsatt fremskaffes data/analyser som kan brukes i tjenesteutviklingen, data på sentrale områder og med god kvalitet:

- kunne koble data på tvers av forvaltningsnivåene
- behov for regionale og nasjonale dashbord med data tilknyttet sårbare grupper/pasienter, data som kan følges i sann tid

Digitalisering/eHelse/IKT

Det er behov for at den digitale transformasjonen går mye raskere

- satse stort på digitalisering i pasientoppfølging med samhandlingsplattform og verktøy
- journalsystemer for informasjonsdeling og effektive arbeidsprosesser (FKJ)
- lovverk/juss tilpasses raskt
- system/plattform for digital avvikshåndtering mellom forvaltningsnivå for å jobbe aktivt med kvalitet og pasientsikkerhet i samhandlingen

Støtte som har vært særlig nyttig

Både nasjonale og regionale aktører har bidratt med støtte som har vært og er nyttig for Helsefelleskapet:

- Nasjonalt nettverk for Helsefelleskapene i HDIR regi (erfaringsdeling, nettverk)
- HOD sitt arbeid med å fremskaffe styringsdata
- KS- Agder sine bidrag (bla. fasilitering av Helsepolitisk toppmøte og Helsekonferansen, samt politisk fokus og engasjement innen helsetematikk)
- At Helse Sør-Øst RHF årlig tildeler samhandlingsmidler til Sørlandet sykehus HF, som benyttes i Helsefelleskapets arbeid

Hvilken støtte savnes?

- At økonomisk virkemiddelapparat i større grad innrettes mot Helsefelleskapenes hovedoppdrag og mål; sikrer *bedre tilgang til prosjektmidler/ tilskuddsordninger*.
- Nasjonale erfaringskonferanser på sentrale utfordringsområder
- Videreføre og øke nasjonale stimuleringsmidler for å sikre kommunenes interne koordinering, samt utvide ordningen til å gjelde hele partnerskapets sekretariat

Andre innspill til Nasjonal Helse- og sykehusplan 2024-2027.

Fokus på de fire pasientgruppene

Fokus på pasientgrupper med sammensatte problemstillinger som har behov for helsehjelp fra begge nivå opprettholdes som hovedoppgave for Helsefelleskapene. Det er særlig behov for økt og bred samhandling rundt helsetilbudet til eldre med komplekse helsetilstander, kognitiv svikt og demenstilstander, samt at det fortsatt er store uløste utfordringer knyttet til de med alvorlig psykisk sykdom, rus- og atferdsproblematikk.

Akuttmedisinsk kjede

Det er fortsatt behov for å prioritere arbeidet med akuttmedisinsk kjede. Nåværende finansieringsordninger og styringsstrukturer på dette feltet er fragmentert og understøtter

ikke den nødvendige utviklingen av området. Det er også et poeng at akuttkjeden videreutvikles internt i både kommunale- og spesialisthelsetjenester for bedre å fange opp riktig bruk av ressurser og økende grad av spesialkompetanse lenger ut mot pasienten.

Pandemiens konsekvenser

Planen bør si noe om behov for endringer og utvikling av tjenestetilbudet på tvers av forvaltningsnivå, basert på kunnskapsgrunnlaget som nå foreligger.

Kompetanse – rekruttere og beholde

Den samlede helse- og omsorgstjenesten vil fremover ha betydelige rekrutteringsutfordringer og utdanningskapasitet må sikres lokalt og nasjonalt. Helsefelleskapene må samarbeide om å rekruttere og beholde kompetente medarbeidere, og unngå en uheldig konkurranse-situasjon om kompetent arbeidskraft. Det bør videre sees på framtidens oppgavefordeling mellom profesjoner og faggrupper med nye øyne.

Fastlegeordningen

Utfordringene med å rekruttere og beholde fastleger i kommunene må adresseres nasjonalt. Helsefelleskapet har behov for at fastlegene kan delta både på strategiske- og fagutviklingsarenaer i Helsefelleskapet, noe som i dag er utfordrende.

Det er behov for videre arbeid omkring samhandlingen og oppgavefordeling mellom spesialisthelsetjenesten og fastleger.

Dimensjonering og lokalisering av avtalespesialister

Avtalespesialister som via HSØ RHF har avtale med det enkelte helseforetak, representerer en viktig ressurs i totalbildet og utgjør en stor andel av den polikliniske virksomheten i Helse Sør-Øst. Imidlertid er de i beskjeden grad integrert i øvrig offentlig finansiert spesialisthelsetjeneste eller samordnet med kommunehelsetjenesten.

Helsefremming og forebygging

Nasjonal helse- og samhandlingsplan må tydeliggjøre behovet for nødvendig oppbygging, styrking og samhandling omkring forebyggende og helsefremmende tiltak.

Forskning

Helsefelleskapene er avhengig av kunnskap om hvordan tjenestene virker, og det må satses på helsetjenesteforskning. Kommunenes strategiske forskningsorgan (KSF) viser i sin rapport (2019) til behovet for forsterket forskningsinnsats med likeverdige rammebetingelser mellom spesialist- og kommunehelsetjenester og det er ønskelig med øremerkede midler til forskning i regi av helsefelleskap. Helsefelleskapets arbeid med pasientforløp og tjenesteutvikling som forskningsarena er fremtidsrettet og viktig for å løse utfordringer i et 2060 perspektiv.

Beredskapskapasitet ift. virksomhetsvridning

Felles kunnskapsgrunnlag må danne grunnlaget for gode framskrivninger og omforent forståelse av utfordringsbildet. Det er behov for felles planlegging om en bærekraftig dimensjonering av total sengekapasitet som tar hensyn til fremtidens demografi- og arbeidskraftutfordringer. Pandemien har vist hvor sårbar den totale kapasiteten til å levere helsetjenester er. For eksempel har en marginal økning av behovet for senger avdekket en

sårbar beredskapskapasitet i *sengevolum* i både kommuner og sykehus, nasjonalt og lokalt. En strategi med «dreining fra døgn til dagtilbud og polikliniske tilbud» må ta ivareta dette beredskapshensynet.

Langsiktig planlegging i kommunehelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten må ikke videreføre en underkapasitet, og dermed ikke være dimensjonert for behovene knyttet til f.eks. veksten i etterspørsel av helsetjenester fra gruppen skrøpelige eldre, eller behovet for tjenester til barn/unge innen psykisk helse og rus. Dette forsøker Helsefellesskapet på Agder å adressere i en egen Analysegruppe som ser på kompleks multimorbiditet og skrøpelige eldre og etter hvert forbruksdata på barn og unge samt alvorlig psykisk syke med rus- og atferdsproblematikk som er en trussel mot samfunnsvernet.



Administrasjon - Stab

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep,
0030 OSLO

Saksbehandler:
Bjørn Magne Eggen
Telefon saksbehandler:
(+47) 913 79 870

Att: Statsråd Ingvild Kjerkol

Deres ref 22/2404

Vår ref 2022/1832

Dato 13.09.2022

Innspill til nasjonal helse- og samhandlingsplan

Lovisenberg Diakonale Sykehus (LDS) takker for anledningen til å komme med innspill i denne fasen av arbeidet som skal føre frem til en ny, nasjonal helse- og samhandlingsplan.

OM VÅR Plass I HELSETJENESTENE

LDS har en sentral plass for å gi gode og forutsigbare spesialisthelsetjenester til innbyggerne i Oslo indre by, i tett samarbeid med de fire bydelene i Sentrum sektor. Vi er lokalsykehus for et opptaksområde på 200 000 innbyggere, og vi har dermed svært mye til felles med helseforetakene, både drifts- og ansvarsmessig. Den sentrale rollen som ideelle sykehus har i helsetjenesten lokalt, bør synliggjøres i nasjonale og regionale planer. Dette fremgår riktignok av de føringene og forpliktelsene som vi har gjennom driftsavtalen med HSØ, noe som også innebærer at vi, på linje med helseforetakene, har konkrete forpliktelser som følges opp bl.a. gjennom de årlige oppdrags- og bestillerdokumentene. Og det er tydelig i samarbeidet innen helsefelleskapene. Det synliggjøres imidlertid ikke tilsvarende i de regionale planene.

Det er påkrevd at en i planarbeidet dekker samarbeidet med kommuner og bydeler, og gjennom det tydeliggjør den faktiske og strategiske betydningen og verdien som de ideelle sykehusene har i dag, og som vi kan og bør ha fremover, ikke minst for å møte de utfordringene som bl.a. demografiendringene vil føre med seg. Dette kan ha avgjørende betydning for våre langsiktige rammer.

Statsråden har i brevet til oss bedt om innspill på:

1. Hva er de viktigste utfordringene å adressere?
2. Hvilke tiltak er aktuelle?
3. Er dere kjent med pågående arbeid eller gode eksempler som departementet bør være kjent med?

Ad 1: Hva er de viktigste utfordringene å adressere?

Det er betydelige sosioøkonomiske forskjeller – og dermed også helseskjevheter, på individ/familienivå, mellom ulike deler av landet, og innen mer konsentrerte områder, som innen Oslo. Noen lokale eksempler på dette er fra Sentrum sektor i Oslo (indre by øst; fire bydeler, 200 000 innbyggere) har f. eks. kortere forventet levetid enn Oslo for øvrig, med hhv. 4,9 og 3,2 år (menn og kvinner). Lavinntektsfamilier og barnefamilier med én forsørger er tydelig overrepresentert (hhv. 30 % og 68 % høyere enn Oslo for øvrig), og det er klart færre som fullfører videregående opplæring (16 % færre enn i Oslo for øvrig). Dette har direkte betydning

for helsetilstanden i dag, egen helsekompetanse, og i neste omgang også helsesituasjonen i kommende generasjoner. En direkte følge av de sosioøkonomiske forskjellene er at også helseforskjeller arves og forsterkes.

Det vil komme betydelige demografiske endringer i hele landet fremover. I utkantdistrikter blir det nedgang i folketallet samtidig med økt antall eldre, mens de større byene venter fortsatt befolkningsvekst. Både kunnskapsmessig og praktisk må helsetjenestene forberedes slik at vi sikrer tilstrekkelig kompetanse og kapasitet til en voksende og ikke minst aldrende befolkning.

Bevissthet omkring «skrøpelige eldre» er viktig, som en generell tilnærming for å identifisere og møte aldersrelaterte helseproblemer. «Skrøpelige eldre» har ikke bare helseeffekter, men også en rekke ekstra utfordringer, i fysisk funksjonsevne og særlig kognitivt. Demens, dvs. kognitiv svekkelse, må ha en tydelig plass i lokale, regionale og nasjonale planer. I en befolkning som samlet er aldrende, vil vi få en betydelig økning i antall personer som har aldersrelatert demens. Dette gir sterkt økende behov for tilrettelagte botilbud og omsorgs- og hjelpetjenester. De alders- og demensrelaterte utfordringene treffer kommunene langt sterkere enn de treffer sykehusene. Sykehusene må også tilpasse seg dette, og det behøves en overordnet (nasjonal og regional), samlet strategi for å møte disse utfordringene.

Den digitale kompetansen øker generelt i befolkningen, noe som gjør at stadig flere er bedre i stand til å delta i den digitale hverdagen. Men med aldersrelaterte helseutfordringer og særlig ved økende grad av demens, forvitrer dessverre også den digitale kompetansen som man hadde tidligere. Derfor er det avgjørende at vi tidlig fanger opp aldersrelaterte helseproblemer, og gjennom målrettet intervensjon bidrar til forebygging, korrigerende og avlastende tiltak.

Ad 2 Hvilke tiltak er aktuelle?

OM Å BRUKE SAMLET KAPASITET, SAMMEN

Et viktig strategisk, overordnet grep vil være å utnytte den potensielle, samlede kapasiteten best mulig. Dette kan f. eks. være gjennom endret fordeling av spesialisthelsetjenesteoppgaver og opptaksområder (bydeler) til lokalsykehus, for å løse kapasitetsutfordringene bl.a. i Oslo. Nye former for samarbeid mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten må også prioriteres. Det er gjort erfaringer med lokale løsninger, bl.a. lokalt hos oss med akutt-ambulant team og hjemmesykehus som alternativ til akutte døgnplasser i barne- og ungdomspsykiatri. Liknende løsninger bør prøves ut med en systematisk tilnærming, som potensielle utviklingsområder også for andre deler av helsetjenestene våre.

OM SPESIALIST-TANNHELSETJENESTE

Våre erfaringer gjennom flere år med sykehustannklinikkk som prøveordning; er at vi gir tilbud til enkeltpersoner som ellers ikke ville fått tannbehandling. Dette gjelder særlig mennesker med langvarige ROP-lidelser (kombinert psykiatri og rus), hvor dårlig munn- og tannhelse bidrar til generell sykелighet og til isolasjon. Vi mener helse- og samhandlingsplanen må ha som ambisjon at spesialisthelsetjenesten skal bidra med spesialisert tannhelsetilbud til svært skrøpelige eldre og til personer med flere kroniske lidelser.

OM REKRUTTERING OG KOMPETANSE

Knapphet på personell vil bli en hovedutfordring fremover. Derfor er utdanning, rekruttering, fagutvikling og forskning avgjørende. Som lokalsykehus i og for Oslo indre by øst er vår virksomhet preget av hverdagsmedisin, dvs. de mer alminnelige kliniske utfordringene som alt helsepersonell møter – ikke minst i primærhelsetjenesten. Dette danner dessuten også basis for mye av forskningen i LDS. De ulike gruppene av helsefagstudenter (inkl. medisin) bør ha klinisk undervisning og praktisk opplæring nettopp med hverdagsmedisin som utgangspunkt. For LDS er derfor den videre utviklingen som et akademisk sykehus og dermed en rekke kliniske studietilbud, viktig for pasientene våre, og for utdanning og rekruttering av helsepersonell.

Blant de potensielle forsknings- og utviklingsområdene er en systematisk oppfølging av egne medarbeidere, bl.a. med mentorordning overfor og omkring nyutdannede medarbeidere.

Ad 3 Er dere kjent med pågående arbeid eller gode eksempler som departementet bør være kjent med?

OM HJEMMESYKEHUS

Hjemmesykehus oppleves som tilfredsstillende løsninger for noen pasientgrupper, samtidig som det frigjør sengekapasitet i sykehuset. Tilbudet bør videreutvikles og breddes til nye grupper. Oppfølging av pasienter i eget hjem vil i de fleste tilfeller være avhengig av et tett og gjensidig forpliktende samarbeid mellom nivåene i helsetjenesten. LDS har gjennom mer enn ti år opparbeidet gode erfaringer med samarbeid med bydelene om FACT-team for alvorlig psykisk syke, hjemmeboende pasienter. Modellen som kan og bør overføres til somatisk syke pasienter reduserer behovet for konsultasjoner og innleggelse i sykehus, samtidig som det gir pasienter og pårørende trygghet i hverdagen. Det ferskeste tilbudet i LDS er det ambulante hjemmesykehus-tilbudet for akuttoppfølging i barne- og ungdomspsykiatri – et tilbud som viser vei for nytenkning i akutttilbud.

OM SYSTEMATISK OG SAMMENHENGENDE FORBEDRINGSARBEID

Systematisk forbedringsarbeid er omtalt i den regionale planen. Dette arbeidet må settes inn i en gjennomgående struktur, fra den lokale lederen som er nær pasienten, via sykehuset lokalt, til regionalt og nasjonalt nivå. Bare gjennom en gjennomgripende struktur, fortrinnsvis med automatisert datafangst, datarapportering, og systematisk oppfølging av hver enkelt enhet, kan vi oppnå en kultur for samtidig og kontinuerlig utvikling og læring. LDS bruker systemet for melding av uønskede hendelser også til forbedringsforslag og lokale prosjekter. Dette bør være en felles, systematisk tilnærming, fra den lokale lederen nær pasienten, til klinikksjef, administrerende direktør, styreleder – og i siste instans helseministeren. Tenkningen omkring denne bruken av lokale erfaringer og lokale data, bør tydeliggjøres i den regionale planen, og nasjonalt.

OM FORUTSIGBARHET OG LANGSIKTIGHET

Lovisenberg Diakonale Sykehus har som ambisjon fortsatt å være en sentral aktør, i en klart fremtidsrettet helsetjeneste i Oslo, og da i tett samspill med kommunen og bydelene. Gjennom aktiv undervisning, rekruttering, fagutvikling, forskning og kunnskapsdeling ønsker vi å bidra til tydelig fokus på hverdagsmedisinen. Under forutsetning av forutsigbare rammebetingelser vil vi utvikle tjenestene til bedre å møte befolkningens fremtidige behov.

Vennlig hilsen
for Lovisenberg Diakonale Sykehus AS

Tone Ikdahl
administrerende direktør, dr. med.

Jan Petter Odden
fagdirektør, dr. med.

Dette dokumentet er elektronisk godkjent

Kopi: Helse Sør-Øst RHF

Vår ref.: Deres ref.: Saksbeh.: Dato:
Oppgis ved all henvendelse Sigrun S.Brun 14.9.2022

Oslo universitetssykehus sine innspill til Nasjonal helse- og samhandlingsplan

Oslo universitetssykehus (OUS) takker for invitasjonen om å komme med skriftlige innspill til Nasjonal helse- og samhandlingsplan.

I brevet fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) bes det eksplisitt om svar på tre spørsmål

1. Hva er de viktigste utfordringene å adressere
2. Hvilke tiltak er aktuelle
3. Er dere kjent med pågående arbeid eller gode eksempler som departementet bør være kjent med?

OUS har tidligere kommet med innspill til Nasjonal helse- og samhandlingsplan via Helsefelleskapet i Oslo, vi ber om at HOD også ser til disse innspillene som supplerer våre innspill her.

Spørsmål 1: Hva er de viktigste utfordringene å adressere

1.1 Samhandling

Vi vil påpeke at spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjeneste får sine oppdrag fra ulike departement. Disse oppdragene er i liten grad harmonisert til tross for at brukerne /pasientene er de samme. At våre finansieringsordninger dessuten er ulike er særskilt utfordrende i forhold til utviklingsarbeid. Dette har bl.a. ført til at viktige samhandlingsprosjekter med gode resultater ikke er mulig å videreføre i ordinær drift etter at prosjektperioden er avsluttet.

De politiske føringene om at «alle skal hjem» styrer svært mye av satsningen i den kommunale tjenesten. Dette har bl.a. medført en reduksjon av kommunale døgnplasser i eldreomsorgen. Det er imidlertid et faktum at både kommune, fastlege og sykehus ser stadig flere skrøpelige eldre med multi-sykdom og at denne pasientgruppen i stor grad er i behov av heldøgnsomsorg ved utskrivelse fra sykehus. Mye løses ved tydelig ansvars- og oppgavedeling mellom spesialisthelsetjeneste og primærhelsetjeneste, men det bør gjøres en vurdering av



om reduksjonen av heldøgns sykehjems plasser har nådd en smertegrense.

Sykdomsbildet hos befolkningen endrer seg over tid. Nye behandlingsmetoder utvikles, noe som har stor betydning for måten vi organiserer våre tjenester på. Digital teknologi utvikler seg parallelt. Vi må samarbeide på nye måter med kommunal tjeneste og noe av utfordringsbildet vil være et økende behov for personell med annen eller ny kompetanse enn det som preger tjenestene i dag. Samhandlingskompetanse må læres og utvikles dersom vi skal lykkes med helhetlige pasientforløp og tydelig koordinerte tjenester. Brukerne må med i alle deler av dette arbeidet. OUS ser for øvrig med bekymring på dagens og fremtidens rekruttering av enkelte personellgrupper, herunder bl.a. jordmødre og sykepleiere. Vi opplever dessuten at vi stadig oftere konkurrerer med kommunen om samme arbeidskraft.

Fastlegesituasjonen gir utfordringer også fra spesialisthelsetjenestens ståsted. At det er tilstrekkelig generalistkompetanse og «gatekeeper» funksjoner i primærhelsetjenesten er avgjørende for å sikre korrekt triagering og avklarte pasientforløp. OUS ser at ressursmangel på fastlegesiden fører i enden til økende press på spesialistfunksjonene. Denne situasjonen bidrar til at mange pasienter får tjenester de ikke er i behov av - en overbehandling.

Pasientenes manglende tilgang til fastleger påvirker behovet for kommunal legevakt. Allmennlegevaktens arbeidsmengde overstiger deres kapasitet og pasienten ender med å ringe 113. Svikt i kommunale tjenester gir i sin tur et press på AMK, beslaglegger kapasitet dimensjonert for andre akutte oppdrag og gir økt vekst i bruk av ambulansetjenesten. I dagen situasjon rykker ambulansetjenesten ikke sjelden ut til pasient fordi legevakts- og fastlegene ikke har kapasitet til å dra hjem til pasienter som trenger tilsyn (akutt, pleie etc). Ambulansetjenesten benyttes til å vurdere pasientene hjemme eller transportere dem til legevakt ev. sykehus for tilsyn – noe som med fastlegens kjennskap til pasienten kan vise seg å være unødvendige transporter.

1.2 Digitalisering

Her vises til OUS sin tilbakemelding til Helsedirektoratet, 6.august 2022.
Nasjonale faglige råd for digital hjemmeoppfølging

OUS ønsker å presisere at det er avgjørende at brukerne deltar aktivt i videre utvikling av digital hjemmoppfølging. For å lykkes i dette arbeidet må alle helseaktører beherske digitale verktøy, både brukere/pasienter og ansatte i helsevesenet.

1.3 Personell og kompetanse

Flere utredninger konkluderer med at økende antall eldre i kombinasjon med små årskull i yrkesaktiv alder kommer til å skape mangel på arbeidskraft fremover. De siste årene har knapphet på grupper som intensiv- og operasjonssykepleiere vist hvor sårbar sykehusdriften er når det gjelder nøkkelkompetanse. Oslo universitetssykehus er bekymret for hvordan tilgang til helsepersonellressursene blir styrt fremover og ser allerede at det er vanskelig å besette stillinger med kompetent personale.

Det er med utvikling i oppgavedelingen mellom kommune og spesialisthelsetjenesten også

økende konkurranse om arbeidskraft generelt og nøkkelpersonell spesielt. Dagens mangelen på jordmødre er et eksempel på dette. Dette er viktige temaer som må følges opp i helsefelleskapene fremover. Det må være gjensidighet i en helhetlig tenkning og felles tilnærming for å sikre tilstrekkelig kompetent personell til oppgavene som krever det. Knappheten på jordmødre er bekymringsfull og bør gis vesentlig oppmerksomhet både hos myndigheter og i tjenestelinjene.

Nye lovreguleringer legger også press på personellbruken. Som et eksempel kan nevnes den såkalte NIPT-testen som er analyse av fosterets DNA i en blodprøve fra mor. Fra 2021 fikk kvinner over 35 år rett på denne testen (fra 38 år tidligere). Dette er en stor ekstraoppgave for OUS og belaster allerede pressede ressurser. Konkret innebærer dette 60 000 ekstra kontroller i året.

1.4 Helsekompetanse hos pasienter og pårørende.

Skal vi lykkes med å skape «Vår felles helsetjeneste» med mer hjemmebehandling og samhandling mellom tjenestenivåene, er det avgjørende at vi etablerer systemer og strukturer som fremmer helsekompetanse for å støtte pasienter og pårørende i deres håndtering av utfordringene som følger av å leve med sykdom. En viktig forutsetning for å øke helsekompetansen er informasjon og opplæring til pasienter og pårørende. Å ha tilstrekkelig helsekompetanse bidrar til redusert symptombyrde, etterlevelse av behandling, mindre bruk av helsetjener (både primær- og spesialisthelsetjenester) reduserer reinnleggelses og ø-hjelps innleggelses. Dette er et gode for den enkelte, helsevesenet og samfunnet. Det er i Norge en sterk assosiasjon mellom utdanning og helse, noe som innebærer at systemer og strukturer som fremmer opplæring av pasienter og pårørende vil være et avgjørende tiltak for å redusere utdanningsforskjellers påvirkning på ulikhet i helse

1.5 Mangfold og likeverdige helsetjenester

Etter at den nasjonale strategien for innvandrerhelse¹ gikk ut i 2017 har det vært lite helhetlig fokus på helse- og omsorgstjenester til minoritetsbefolkningen. Vi støtter derfor HOD sin oppmerksomhet på helse- og omsorgstjenester til minoriteter og til den samiske befolkningen i den nye nasjonale helse- og samhandlingsplanen.

Mangelfull tilrettelegging av kommunikasjon og tjenester til en mangfoldig befolkning

Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre utgjør 18,9 % av Norges befolkning. Omtrent 23 % av innvandrere har bodd i Norge i mindre enn 4 år. Kort botid vil ha innvirkning på norsknivå og helsekompetansenivå. Mangelfull tilrettelegging av kommunikasjon og helsetjenester til en flerkulturell befolkning kan bidra til sosiale helseforskjeller. Grupper av innvandrere kan risikere å komme senere til behandling eller mangler grunnleggende forutsetninger for å nyttiggjøre seg helsetjenesten og derfor dårligere helseutbytte som resultat.

Etter pasient- og brukerrettighetsloven har pasienter, pårørende og brukere rett til informasjon tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring

og kultur- og språkbakgrunn. Helse- og omsorgstjenestene følger imidlertid ikke opp denne plikten på en systematisk måte. Et eksempel er Koronakommisjonen som fastslo at myndighetene ikke lyktes godt med å nå fram til deler av innvandrerbefolkningen under pandemien. Dette problemet gjelder ikke bare beredskapsarbeidet, men også ordinære helsetjenester.

Tilrettelegging av tjenester og kommunikasjon er også viktig for bygge tillit mellom myndighetene og innvandrerbefolkningen. Likeverdige helsetjenester til en mangfoldig befolkning gjelder også tros- og livssynsbetjening. Tro og livssyn har stor innvirkning på hvordan pasienter forstår og håndterer sykdom. I tillegg til at alle har rett til å praktisere sin tro eller livssyn, kan det være en viktig ressurs for pasienter og pårørende. Prestetjenesten er en etablert tjeneste i helsevesenet, men i et fler-religiøst samfunn er det behov for en utvidet tros- og livssynsbetjening.

Mangelfull bruk av tolk

Språkbarriere mellom pasient og helsepersonell på sykehus medfører misforståelser, reduserer tilfredshet med behandling og reduserer kvaliteten på helsetjeneste. Studier viser at vanlige sikkerhetsrisikoer etter utskrivelse fra sykehus for minoritetsspråklige pasienter er feilmedisinerer, reinnleggelse for samme helseproblem og forlenget sykehusopphold. Helsepersonell har etter loven plikt til å bruke kvalifisert tolk og tilpasse informasjon etter språkbakgrunn, men kunnskap om bruk av tolk er varierende blant helsepersonell. Erfaringer tilsier også at stramme økonomiske rammer kan hindre bruk av tolk i praksis. Skjermtolk er et bedre alternativ til telefontolk når frammøtetolk ikke er mulig, men det er ikke systematisk implementert i helse- og omsorgstjenestene.

Mangelfull tilpasning av digitale helsetjenester og verktøy tilpasset befolkningens helsekompetanse

Helsetjenestene er i stadig endring, og utvikling av digitale helsetjenester for «det utadvendte sykehuset» skjer nå i raskt tempo. Samtidig mangler det systematisk tenkning om løsninger for pasienter som ikke har tilstrekkelige forutsetninger for å benytte seg av slike tjenester. I følge Helsedirektoratets undersøkelser har 1 av 3 personer i Norge mangelfull generell helsekompetanse. 6 av 10 opplever i stor eller i noen grad et behov i dagliglivet for å styrke sine digitale ferdigheter, og eldre, langvarig syke og lavt utdannede har svakere digitale ferdigheter enn andre grupper. I tillegg rapporterer flere av innvandrergruppene svakere digitale ferdigheter enn befolkningen generelt.

Tjenester og verktøy som utvikles må tilpasses pasienters ulike nivåer av helsekompetanse og digitale ferdigheter, språk- og kulturbakgrunn og andre faktorer som pårønderessurser. I den digitale utviklingen må fysiske møteplasser for veiledning bevares, slik at vi ikke skaper et helsesystem som fungerer godt bare for innbyggere med høyt norsknivå, gode digitale ferdigheter, solid helsekompetanse og pårørende som kan bidra.

Ufullstendig kunnskapsgrunnlag for videreutvikling av helsetjenester for en mangfoldig og sammensatt befolkning

Medisinske kvalitetsregistre benyttes i spesialisthelsetjenesten for å samle informasjon om utredning, behandling og oppfølging av pasienter innenfor definerte sykdomsgrupper. Det er behov for økt kobling av kvalitetsregisterdata opp mot ulike bakgrunnsvariabler (eks. fødeland, utdanning og inntekt) for å få et mer nøyaktig bilde av uønsket variasjon, og mer

målrettet arbeid med kvalitetsforbedring av helsetjenester. Som eksempel bidro overrepresentasjon i smitte/sykehusinnleggelse av enkelte innvandrergrupper under pandemien til at det ble igangsatt målrettede tiltak ovenfor innvandrerbefolkningen. Andre datakoblinger har vist at innvandrerkvinner har høyere risiko for komplikasjoner knyttet til svangerskap, fødsel og barseltid, høyt utdannede pasienter får mer omfattende medisinsk oppfølging mot livets slutt enn pasienter med lav utdanning - selv med samme medisinske behov og at det er ulikheter i kreftforekomst etter nasjonalitet, inntekt og utdanning.

I dag er bruker-mangfoldet ikke god nok representert i forskningsprosjekter. Det vil kreve en bredere rekruttering og tilrettelegging av spørreundersøkelser, intervjuer og innspillmuligheter. Folkehelseinstituttet beskriver situasjonen som: *«Innvandrere og sosialt utsatte grupper er i for liten grad representert i spørreundersøkelser og helseundersøkelser. Slike undersøkelser forutsetter ofte gode norsksferdigheter og god digital kompetanse for å kunne delta. Utfordringer med rekruttering og språk gjelder også i kvalitative intervjuundersøkelser»*. Utilstrekkelig representasjon blant brukere i forskningsprosesser kan føre til forskning med begrenset relevans og skjevheter i kunnskapsgrunlaget for videreutvikling av helsetjenester for en sammensatt befolkning.

1.6 Rehabilitering, prehabilitering og mestring

Da samhandlingsreformen ble innført var det stor grad av enighet om at større del av rehabiliteringstjenestene skulle utføres i kommunehelsetjenesten. Mange spesialiserte rehabiliteringsplasser ble bygget ned, dette til tross for at en klar politisk føring var at den ene part ikke måtte redusere før den annen part hadde rustet opp. Den rehabiliteringstjeneste som etter hvert kom på plass i kommunen ble i stor grad kalt «hverdagsrehabilitering», en generisk måte å forstå rehabilitering på. Dette er en tjeneste som fordrer mer fysio- og ergoterapitjenester enn det som er tilfellet i dag. Mange hjemmetjenestebrukere får dermed mangelfull eller liten adekvat trening. Kommunens øvrige tilbud ligger hos fysioterapeuter med eller uten kommunal avtale og enkelte steder fungerer frisklivssentralene bra. Pasientene som har størst behov for opptrening kan i liten grad nyttiggjøre seg av denne type tilbud.

OUS henviser svært mange pasienter til Sunnaas, men opplever en avslagsrate på ca. 50 %. Rehabiliteringsinstitusjonene er et godt supplement, men det må satses mye mer på tydelig samarbeid mellom primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste for å sikre ansvar -og oppgavedeling i rehabiliteringsforløpene.

Prehabilitering gjør pasientene bedre rustet til å gjennomgå behandling i sykehus, eks. i forkant av planlagt kirurgi. Dette er et felt som bør få større oppmerksomhet fra myndighetene.

1.7 Psykisk helse og rus

Behov for forbedring av samarbeid rundt barn og unge under 18 år med psykiske lidelser har vært løftet i flere fora i helsefelleskapet i Oslo universitetssykehus sitt opptaksområde. Bekymringene har dreid seg om begrenset samhandling i forløpene, herunder økende henvisningsrate, avslag på henvisninger, og bekymring for om ressurser hos fastleger/bydeler og spesialisthelsetjeneste blir brukt på beste måte slik at barn og unge får god hjelp på rett

sted til rett tid. Det er mangel på en felles modell for samarbeid og veiledning i innsøkningsprosessen til barne- og ungdomspsykiatriske (BUP) tilbud, hvilket inkluderer fastlegene, og sikrer at de rette pasientene kommer inn i spesialisthelsetjenesten, til rett tid. Det er ulike inntaksrutiner/-arenaer for BUP-tilbud i hovedstadsområdet..

Pakkeforløpene for barn og unge innen psykisk helse ble innført i 2019. De inneholder mye god veiledning og stiller krav til samhandling i pasientforløpene. Helsefelleskapet har en felles, revidert underavtale for psykisk helse og rus, samt andre anbefalinger å basere samarbeidet på. Erfaringen er imidlertid at disse er lite kjent og etterleves i begrenset grad.

1.8 Pasientsikkerhet

Pasientsikkerhetsarbeid må få en tydeligere plass i helsetjenesten, trolig som et eget kunnskapsområde som er overlappende men likevel adskilt fra tradisjonelt kvalitetsarbeid. Mens kvalitetsarbeid tradisjonelt søker kontinuerlig forbedring gjennom vitenskapelig metode og PDSA, gjør de stadige endringene i pasientenes tilstand og mellom pasienter at praktisk pasientsikkerhetsarbeid må baseres på risikovurderinger og barrieretenkning. Når sikkerhet kun betraktes som et element i kvalitetsarbeid medfører det at pasientsikkerhetsarbeidet fort blir underordnet og kan miste fokus.

Pasientsikkerhet har i flere år vært fremmet som et høyt prioritert tema fra myndighetene. Likevel mangler grunnleggende kunnskap om hvor mange forebyggbare skader som faktisk påføres pasientene i Norge og hvilken innsats og prioritering slikt arbeid har i helseforetakene for å redusere skadene som kan forebygges. Et estimat tilser at ca 400 personer dør hvert år på sykehusene for en tilstand som med stor sannsynlighet kunne vært unngått. Det kan ikke dokumenteres særlig fremgang de siste årene.

Nasjonalt handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023 angir en retning for hvordan det skal bli bedre. Dessverre er både resultatmålet (Redusere «andel pasientopphold med minst én pasientskade, alle alvorlighetsgrader», med 25 prosent fra 2017 til utgangen av 2023. Dette tilsvarer reduksjon fra 13,7 (2017) til 10,3 prosent.), målemetoden (Global Trigger Tool) og oppfølging av fremgangen svak fra myndighetssiden.

Helsedirektoratets fokus på kvalitetsforbedring og forbedringsmetoder og helsetjenestens manglende ambisjon om bedre sikkerhetsstyring, viser at det er grunnleggende utfordringer for å gå i takt med ambisjoner om satsning på pasientsikkerhet. Kvalitetsforbedringsarbeidet drives i stor grad av fokus på metoder for forbedring og i langt mindre grad på god kvalitetsstyring. Altså at vi sikrer at det er de risikofylte områdene/tjenestene vi prioriterer å forbedre. Nasjonale kvalitetsregistre bidrar i positiv retning men har betydelig potensialer for å bli mer virksomme og sentrale i kvalitetsstyringen. I tillegg må det sikres at pasientperspektivet i større grad bringes inn til forbedringsarbeider som påvirker klinisk praksis. Per i dag er det et komplisert landskap for pasient rapporterte utfallsmål (PROM) hvor pasientenes erfaringer i liten grad blir tilgjengeliggjort og brukt i styringslinjer for kvalitet.

Spørsmål 2: Hva er de viktigste tiltak?

2.1 Samhandling

Det bør med ervervede erfaringer fra samhandlingsreformen og helsefellesskapet vurderes om de negative konsekvensene av todelt styringssystem for helsetjenesten kan imøtegås av samhandling som tilnærming eller om endring i styringsstrukturen bør gjennomføres med sikte på felles resultatkrav og rapportering på aktivitet og samlet finansiering av tjenestene.

Overordnede politiske føringer må slik innretningen er i dag sikres med felles konkrete oppdrag i de to styringslinjene og følges opp at føringer gjennomføres helt ut i ytterste ledd. Samhandlingsfeltet må i fortsettelsen understøttes med bevilgninger knyttet til resultatforventninger for konkrete oppgaveoverføringer mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. Dette for å sikre at utviklingsarbeider og prosjekter blir implementert.

Fastlegekrise forplanter seg i hele helsetjenestetilbudet og gir en oppgavedreining mot spesialisthelsetjenesten som den ikke er dimensjonert for dette. Sviktende «gatekeeper» roller i akuttkjeden fører til unødig bruk av ressurser og økt belastning på spesialisthelsetjenesten med mulighet for overdiagnostisering/overbehandling. Behovet for å løse fastlegekrisen raskt er åpenbart.

Det kreves tydeligere avklart ansvars -og oppgavedeling mellom primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste. Primærhelsetjenesten bør i større grad gis ressurser til selv å reise ut til pasienter som trenger vurdering av legevaktslege, alternativt må spesialisthelsetjenesten gis ressurser til å bistå primærhelsetjenesten med dette (for eksempel samarbeid rundt akuttbil, hvite biler i kommunalt samarbeid). Pleieinstitusjoner må i større grad pålegges å selv ivareta behovet for å vurdere egne pasienter.

Avtaler mellom primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste for eksempel i regi av helsefellesskap kan her løse mye, men tillater for stor variasjon i avtaleomfang og innhold som gjør det utfordrende å administrere avtalene.

«*Nytt liv og trygg barseltid-Nasjonale faglige retningslinje for barselomsorgen*» stiller tydelige krav til individuelt tilpassede tjenester med prioritet til hjem der det er mulig og kvinnen ønsker dette selv. Individuell barselomsorg skal ta hensyn til familiens, morens og spedbarnets behov. Den kommunale helse -og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten har et felles ansvar for organiseringen av sammenhengende og helhetlige tilbud i svangerskaps, fødsels -og barselomsorgen. Tidlig hjemreise er et prosjekt initiert av helsefellesskapet med deltakere fra OUS og kommunen for å imøtekomme kvinner som ønsker å dra fra sykehuset innen 24 timer etter fødsel. Arbeidet er pågående, men foreløpig ikke realisert da ny oppgavedelingen er vanskelig uten felles styringssignal om gjennomføring og ditto finansiering.

2.2 Digitalisering

Her vises til OUS sin tilbakemelding til Helsedirektoratet, 6.august 2022. Nasjonale faglige råd for digital hjemmeoppfølging.

2.3 Personell og kompetanse

Det er viktig å imøtegå konsekvensene av sviktende tilgang på helsepersonell som tegner seg framover. Dette må innebære planer og tiltak utover de forventede teknologiske nyvinningene.

Det er utarbeidet en egen handlingsplan for å imøtekomme behovet for spesialsykepleiere, som består av faglige, HR rettede og utdanningsrelaterte tiltak, og samarbeid med utdanningsinstitusjonene og Helse Sør-Øst for å øke utdanningskapasiteten er igangsatt. Det er likevel viktig å erkjenne at det ikke er bærekraftig med en høy vekst av ansatte i helse- og omsorgssektoren. Fremover vil det være enda mer nødvendig å rendyrke oppgavedelingen mellom ulike helseaktører og annet støttepersonell for å arbeide mer effektivt. Det krever ledelse og samstemthet mellom alle aktørene. Det er også vesentlig å redusere medisinsk overbehandling. Noen tester, prosedyrer og behandlinger er ikke bare unødvendige – de kan i verste fall være skadelige for pasienten. For å bekjempe uønsket variasjon i helsetjenestene – med mål om likeverdige helsetjenester må dette være tema når ressursene er knappe.

Det vises for øvrig til arbeidet i Helsepersonellkommissjonen.

2.4 Helsekompetanse hos pasienter og pårørende

En tydelig satsning på pasient- og pårørendeopplæring, læring og mestring av egen sykdom er en forutsetning for å lykkes med en mer bærekraftig og likeverdig helsetjeneste.

2.5 Mangfold og likeverdige helsetjenester

Systematisk tilrettelegging av kommunikasjon og helsetjenester til en flerkulturell befolkning med bibehold av fysiske møteplasser for opplæring og veiledning.

Bedre oppfølging av nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanningene (RETHOS). Kandidatene skal ha kunnskap om bl.a. inkludering, likestilling og ikke-diskriminering for kunne å sikre likeverdige tjenester for alle grupper i samfunnet, kjenne til samers rettigheter og ha kunnskap om og forståelse for samenes status som urfolk. Læringsutbyttebeskrivelsene er positive, men ikke fullt implementert i praksis.

Obligatorisk kompetanseheving for ansatte i helsetjenesten i hvordan yte likeverdige helsetjenester til mangfoldig befolkning, herunder temaer som kultursensitiv kommunikasjon, tolk og oversettelse, åndelig- og eksistensiell omsorg, helsekompetanse og god helsekommunikasjon.

Systematisk oppfølging av at tolkeloven blir fulgt, f.eks. rapporteringskrav om tolkebruk

Det må etableres kvalitetsregistre med datakoblinger som anskueliggjør mangfoldet i pasientpopulasjonen i Norge og som gjør at det er mulig å følge opp intensjonene om likeverdige helsetjenester både innen forskning og helsetjenesten generelt.

2.6 Rehabilitering, prehabilitering og mestring

Forebygging må inn på alle plan og vil gjelde alle de fire prioriterte pasientgruppene (sårbare

eldre, kronikere, psykisk helse og rus, barn/unge) Økt helsekompetanse er et viktig bidrag til ivaretagelse av egen helse. Men forebygging er mye mer og må gjennomføres gjennom tenkning om fornyelse av helsetjenesten.

Rehabiliteringsfeltet bør i mye større grad være synlig i samarbeidsavtaler med kommunen. Avtaler finnes men kobles i for liten grad til annen virksomhet og samhandlingsavtaler. Forpliktende samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjeneste for å utvikle rehabiliteringsfeltet må gis oppmerksomhet og resurser fremover.

Koordinatorfunksjonen må få større oppmerksomhet både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten. Det er en lovpålagt funksjon som har stor betydning for mennesker med kroniske og sammensatte utfordringer. Det samme gjelder innføring av barnekoordinator i kommunen. Ordningene følges ikke opp til tross for at både pasienter, pårørende og pasientorganisasjoner betoner betydningen av at dette må på plass. Oslo universitetssykehus mener ordningen må følges opp med finansiering og øremerkede midler bør drøftes.

2.7 Psykisk helse og rus

Det skal startes et forbedringsarbeid i regi av helsefelleskapet som skal sikre bedre og mer ensartet pasientforløp for barn og unge med psykiske lidelser. Arbeidet skal legge pakkeforløpene og avtaler om samarbeid til grunn, og supplere dem der det trengs. Gjennom arbeidet skal det beskrives et pasientforløp som sikrer trygg og avklart samhandling i forløpet. Barn, unge og deres pårørende skal gis mulighet for medvirkning i forløpet slik at barn/unge sikres hjelp på rett omsorgsnivå til rett tid.

Målgruppen for arbeidet er barn og unge under 18 år med behov for tjenester, inkludert spiseforstyrrelse. I første omgang vil arbeidet gjelde spesielt for Oslo universitetssykehus sitt opptaksområde (6 bydeler), men arbeidet vil bli harmonisert med de øvrige sektorene gjennom øvrige sykehus og bydelers deltakelse i forbedringsarbeidet.

2.8 Pasientsikkerhet

Helsemyndighetene bør søke å prioritere bedre styringsmål (indikatorer, verktøy og oppfølging) av pasientsikkerhet. Det omfatter blant annet nasjonalt register over pasientskader, økt forskning og at tilsynsaktører benytter tilgjengelig faktagrunnlag og virkemidler for å sikre at helsetjenesten driver god sikkerhets- og kvalitetsstyring.

For kvalitetsforbedring er det i tillegg et stort potensiale ved å utnytte kvalitetsregistre i langt større grad enn i dag for å prioritere ulike forbedringstiltak. Det er mye å hente på å organisere og forene innsamling av PROM data direkte fra pasientene til spesialisthelsetjenesten slik at dataene blir en del av kvalitetsstyringen (virksomhetsstyringen).

Det må søkes metoder for varige positive endringer innen helse- og omsorgssektoren og det kan være mye å lære av andre bransjer som jobber med sikkerhet. Myndighetene forventes derfor å imøtegå de utfordringer helsetjenesten fortsatt strever med blikk på hva som kan forbedres og bidra til å videreutvikle tjenesten i tråd med nye behov.

En stikkordsliste over mulige tiltak:

-Det bør gjeninnføres et nasjonalt kvalitetsregistre over alle pasientrelaterte uønskede hendelser som gjøres tilgjengelig for forskning.

-Det bør opprettes et nasjonalt felles register med sikkerhetsadvarsler for medisinsk utstyr.

-Det bør etableres et regelverk for utforming, navngivning og forpakning av medikamenter for å unngå forbytting. Injiserbare og transfusjonsbare medikamenter bør så langt som mulig være ferdig blandet og klargjort for administrasjon.

-Pasientsikkerhet må være høyt prioritert ved utforming av nye helsebygg.

-Det må bli enklere å melde hendelser til tilsynsmyndigheter. Melding bør kunne gjøres fra institusjonens avvik/forbedringssystem uten ny pålogging.

-Det bør lages et bibliotek med valgbare kunnskapsbaserte og vel formulerte forbedringstiltak koblet til hendelsestypene i forbedringssystem slik at kvaliteten på tiltak etter uønskede hendelser kan forbedres.

-Systemer for å tilgjengeliggjøre læringsoverføring etter uønskede hendelser må forbedres både lokalt og nasjonalt.

-Lovverket for obduksjon endres slik at antallet obduksjoner øker.

-Døgnskategorisk spesialistlegekompetanse i akuttmottak og i AMK.

-Øke helsekompetansen til pasienter og pårørende om helserelatert risiko ved behandlinger.

-Opplæring i pasientsikkerhet må styrkes i alle helseprofesjonsutdanninger.

-Datasikkerhet og personvern må balansere hensynet til pasientbehandling.

-Ledere spesielt på mellomleder- og toppledernivå samt styrerepresentanter bør ansvarliggjøres etter alvorlig systemsvikt i pasientsikkerhet.

Spørsmål 3: Er dere kjent med pågående arbeid eller gode eksempler som departementet bør kjenne til?

3.1 Samhandling

OUS har en rekke gode eksempler som HOD bør kjenne til. Siden innføringen av samhandlingsreformen i 2012 har OUS og bydel/ etater 2017 implementerte OUS og opptaksbydelene avtalene om samarbeid. [Avtaler og retningslinjer for samarbeidet - Oslo universitetssykehus \(oslo-universitetssykehus.no\)](#) Sektor OUS har i samarbeid med sin lokal bydeler og etater utviklet en differensiert pasientsentrert forløpsmodell for skrøpelige eldre, konkretisert i Oslomodellen <http://ehandbok.ous-hf.no/document/130800>. Vi er også stolte av å ha utviklet modeller for samhandlingsforløp for barn med mistanke om autismedforstyrrelser: [Samarbeid om barn og unge ved mistanke om utviklingsforstyrrelse kjent autismedspekterforstyrrelse.pdf \(oslo-universitetssykehus.no\)](#) og [Samhandlingsforløp for barn og unge ved mistanke om utviklingsforstyrrelse - Oslo universitetssykehus \(oslo-universitetssykehus.no\)](#). For eldre hjemmeboende pasienter som får legemidler i Multidoseregi av kommunen i hovedstadsområdet: [eHåndbok - Samarbeid for hjemmeboende pasienter som får legemidler i Multidose i regi av kommunen, i Hovedstadsområdet \(ous-hf.no\)](#) I tillegg har Møteplass Oslo utviklet [Anbefalinger om samarbeid - Oslo universitetssykehus \(oslo-universitetssykehus.no\)](#). I tillegg sendes «Fastlegenytt» som en nyttig oppdatering om endringer i OUS sitt tilbud. Et eksempel er [Fastlegenytt nr. 2/2022 \(dialogapi.no\)](#)

Barne- og ungdomsklinikken ved Oslo Universitetssykehus (OUS) har sammen med Oslo kommune siden 2019 utviklet og implementert samhandlingsprosjekt innen barnefedme. Prosjektet kan vise til svært gode tilbakemeldinger fra pasienter/pårørende og ansatte både i sykehus og bydeler.

Bakgrunn: Fedme hos barn er en av de mest alvorlige folkehelseutfordringene vi har i dag, også i Norge. Tall fra 2007 viste at hele 15-20 % av skolebarn i Norge har overvekt eller fedme (2). I tillegg viser internasjonale studier at Covid-19-pandemien har gitt økt overvekt og fedme blant barn og unge (3).

Dagens helsetilbud mangler samhandling: Barn og unge med overvekt og fedme får per i dag oppfølging i primær- og spesialisthelsetjenesten i tråd med «Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge». Brukere med kroppsmasseindeks svarende til fedme og oppover, skal følges i spesialisthelsetjenesten parallelt med oppfølging i førstelinjen. Erfaringsmessig, ser man imidlertid store utfordringer i samhandlingen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, og at mye av arbeidet går til spille gjennom ineffektiv kommunikasjonen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.

Samhandlingsprosjekt om barnefedme 2019-2022: Som en konsekvens av disse utfordringene, ble det i 2019 etablert et Samhandlingsprosjekt om barnefedme mellom Bydelene Bjerke og Grünerløkka og Overvektspoliklinikken for barn og unge i Oslo

universitetssykehus HF, med det formål å øke kvaliteten på helsetilbudet til barn og unge med overvekt og fedme. Prosjektet har gjennom pilotering nå landet på en samhandlingsmodell som er ressurseffektiv samtidig som den høster svært gode tilbakemeldinger fra brukere og helsepersonell. Verktøyene i samhandlingsmodellen er som følger:

- a) **Økt samhandling og mer effektiv digital informasjonsutveksling** Tilpassing av hjemmesider og felles informasjonsmateriell
- 1) **Økt bruk av digital kommunikasjon:** Prosjektet har gitt økt internopplæring i bruk av PLO-meldinger og oppfordret til gjensidig konferering. Dette har gitt mer effektiv informasjonsutveksling og samhandling.
- 2) **Samhandlingsmøter:** For familier som har utfordrende behandlingsforløp, er ekstra sårbare eller hvor det av andre grunner er behov for tverrfaglig diskusjon, har prosjektet etablert digitale (video) samhandlingsmøter på Norsk Helsenet som en fast del av samhandlingen. Her innkalles behandlere i primær- og spesialisthelsetjenesten, og eventuelt barnevern til felles dialog og samkjøring av ressurser rundt familien.
- 3) **Gruppetimer med familie og fast helsesykepleier**

Økt ressursutnyttelse, behandling på riktig omsorgsnivå og likeverdige tjenester

- a) **Oppfølging på riktig behandlingsnivå**
 - b) **Kollegaveiledning:** Samhandlingsprosjektet ser at mange behandlere i primær- og spesialisthelsetjenesten ofte har de samme spørsmålene omkring fag og klinisk praksis. Prosjektet har derfor jobbet for at kunnskapsbasert informasjon distribueres effektivt.
 - c) **Kontaktlege:** Prosjektet har fokus på at alle brukere/pasienter på OUS får en kontaktlege. Kontaktlegen deltar i samhandlingsmøter når familien diskuteres der.
 - d) **Koordinator og individuell plan:** Erfaringsmessig er det svært få av våre felles brukere/pasienter med rett til koordinator og individuell plan (10, 14) som har fått dette ved behandlingsstart. Ved å integrere dette som et fast sjekkpunkt i alle samhandlingsmøter, sikrer vi at vi aktivt vurderer og diskuterer dette behovet hos alle brukere/pasienter.
- 4) **Gjensidig kompetanseutveksling, kvalitetsforbedring og brukerinvolvering**
- a) **Fagdager for gjensidig kompetanseutveksling:** To årlige fagdager innen barnefedme gjennomføres hvor behandlere fra bydeler og fra OUS inviteres til å delta.
 - b) **Kvalitetsforbedring:** Fortløpende evaluering av hva som fungerer, og hvordan vi kan effektiviseres ytterligere, har vist seg å være en smart investering. Det krever ikke mye arbeid å samle tilbakemeldinger fra brukere og behandlere, treffsikkerheten til prosjektet har økt.
 - c) **Brukerinvolvering:** Brukerorganisasjoner har deltatt i utvikling av dette prosjektet siden start. Det jobbes nå med å også implementere brukerrapporteringsverktøy for at brukere kan kunne evaluere effekt av behandlingen.

Gjennom «Samhandlingsprosjekt om barnefedme», har OUS og Oslo kommune raskt løftet kvaliteten på behandlingsforløpet til barn og unge med overvekt og fedme.

3.4 Helsekompetanse hos pasienter og pårørende

Som et eksempel på hva som kan fremme helsekompetanse så har Oslo universitetssykehus blant annet utviklet podcasten SyktFrisk. Den er tilgjengelig for pasienter og pårørende og har 13.000 unike lyttere til enkelt episoder.

Vi er gjort kjent med at enkelte kommuner har opprettet «helsestasjon for eldre» som et tilbud for den eldre delen av befolkning. Et slik tilbud til de som trenger et fysisk tilrettelagt tilbud for veiledning. Tilbudet bidrar til overvåkning og stabilisering/bedring av helsesituasjonen for de eldste, og skal etter sigende også bedrer samhandlingen med spesialisthelsetjenesten.

3.5 Mangfold og likeverdige helsetjenester

Digitalt oversettelsesverktøy for helsepersonell og minoritetspråklige pasienter: [Digitalt oversettelsesverktøy for helsepersonell og minoritetspråklige pasienter - Helse Sør-Øst RHF \(helse-sorost.no\) er en](#) app med predefinerte setninger som er oversatt og kvalitetssikret på over 40 språk og som støtter kommunikasjon mellom helsepersonell og minoritetspråklige pasienter. Appen er et supplement til tolketjenester.

Opplæringsfilmer for LIS om kultursensitiv kommunikasjon og bruk av tolk:

[Kultursensitiv kommunikasjon og bruk av tolk - Spesialisthelsetjenesten](#). Filmene er laget på oppdrag fra Regionalt utdanningscenter Helse Sør-Øst, i samarbeid mellom Avdeling samhandling, helsekompetane og likeverdige helsetjenester og Avdeling for kompetanseutvikling, med midler fra regionalt utdanningscenter i HSØ. Filmene inngår i ett e-læringskurs i for leger i spesialisering (LIS) som vil bli åpent tilgjengelig via [spesialisthelsetjenesten.no/lis](#) og Læringsportalen. E-læringen består av korte filmsnutter med refleksjonsspørsmål rundt temaene kultursensitiv kommunikasjon og bruk av tolk.

Fødselsforberedende filmer på flere språk: [Videoer om graviditet, fødsel og barselstid - helsenorge.no](#) Oslo universitetssykehus, Akershus universitetssykehus og Norske kvinners sanitetsforening har samarbeidet om å lage fødselsforberedende filmer rettet mot kvinner med minoritetsbakgrunn, men som kan være nyttig for alle kvinner som skal føde. Filmsnuttene har fokus både på tiden før fødsel, selve fødselen og barselperioden og er dubbet til flere språk.

Nettverk for likeverdskontakter: [Likeverd og mangfold - Oslo universitetssykehus \(oslo-universitetssykehus.no\)](#). Hver avdeling på Oslo universitetssykehus skal utnevne en likeverdskontakt som har spesielt engasjement og ansvar mtp. mangfold og likeverdige helsetjenester, fokus på bruk av tolk m.m. Hver klinikk har også en koordinator for dette arbeidet. Alle koordinatorene møtes i Råd for likeverdskontakter 4 ganger i året for å drøfte felles utfordringer og dele informasjon om fagfeltet.

Mangfoldig tros- og livssynsbetjening: På Oslo universitetssykehus har vi utarbeidet en [kunnskapsbasert retningslinje om åndelig og eksistensiell omsorg](#) for pasienter og pårørende, for å tydeliggjøre helsepersonells rolle og ansvar når det gjelder denne tematikken.

Samtalepartnere fra ulike tro- og livssynssamfunn – et supplement til Prestetjenesten: [eHåndbok - Samtalepartner om tro- og livssyn \(ous-hf.no\)](#)

Prosjekt «Muslimsk samtalepartner og veileder»: [En historisk ansettelse - Oslo universitetssykehus \(oslo-universitetssykehus.no\)](https://www.oslo-universitetssykehus.no) Oslo universitetssykehus fikk sammen med Oslo kommune v/Sykehjemsetaten, penger til å ansette en Muslimsk samtalepartner og veileder finansiert av Dialogmidler fra Barne- og familiedepartementet til 31.05.22. Den muslimske samtalepartneren er ansatt i prestetjenesten og bidra til en bredere tros- og livsynsbetjening til pasienter og pårørende. Stillingen videreføres etter prosjektperioden med en 60% i samarbeid/spleiselag mellom Oslo universitetssykehus og Sykehjemsetaten ut 2023, med ambisjon om at den blir fast.

3.6 Rehabilitering, prehabilitering og mestring

Prehabilitering til adekvate pasientgrupper i kommunal regi som rutine før planlagt behandling innen f.eks elektiv kirurgi. Denne type samarbeid er ikke innført i alle kommuner og sykehus, noe som bør satses mer systematiske på med opplærings -og treningsprogram, dessuten røykeslutt og kostholdsveiledning i tett samarbeid med primærhelsetjenesten. Økt satsning på prehabilitering av pasienter fremmer pasientsikkerheten må gis som felles oppdrag i styringslinjene både til kommuner og spesialisthelsetjenesten. Feltet må gis større oppmerksomhet fra myndighetene.

3.7 Psykisk helse og rus

All-in tilbudet utviklet ved Akershus universitetssykehus vil bli konsultert i tilknytning til Oslo universitetssykehus sitt arbeide med psykisk helse barn- og unge.

3.8 Pasientsikkerhet

Se til Sveriges arbeid med National Action Plan for Increased Patient Safety in Swedish Health Care 2020-2024:

Harnessing the Power of the Feedback Loop: creating motivation to increase patient safety



