
Fra: Mølmann, Kristin Planting <krpmo@statsforvalteren.no>
Sendt: 26. september 2022 12:48
Til: HOD-nasjonalhelseogsamhandlingsplan
Kopi: Olsen, Anne Grethe
Emne: Innspill til Nasjonal helse- og samhandlingsplan
Vedlegg: Innspill til Nasjonal helse- og samhandlingsplan SFTF.docx

Hei, vedlagt finner dere vårt innspill til Nasjonal helse- og samhandlingsplan.

Vi beklager at svaret kommer etter fristen. Det skyldes en saksbehandlingsfeil internt hos oss.

Vi håper dere finner nytten av våre innspill

Med vennlig hilsen

Kristin Planting Mølmann
ass. direktør/ass.fylkeslege



Statsforvalteren i Troms og Finnmark

*Romssa ja Finnmarkku stáhtahálddašeaddji
Tromssan ja Finmarkun staatinhallittija*

Telefon: 77 64 21 60

E-post: krpmo@statsforvalteren.no

Web: www.statsforvalteren.no/tf

Innspill til Nasjonal helse- og samhandlingsplan

Kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet

Utfordringene på helse- og omsorgsområdet må sees i sammenheng med den generelle befolkningsutviklingen i kommunene. Mangel på kompetent personell vil være like aktuelle på andre samfunnsområder, eksempelvis skole og oppvekst, som i helsetjenesten. Man må derfor sette inn kunnskapsbaserte, langsiktige tiltak for å stabilisere og bygge opp gode lokalsamfunn. Kortsiktige løsninger hva gjelder personellmangel vil ha negative konsekvenser på sikt, og dette vil også gjelde kvalitet- og pasientsikkerhetsarbeid.

Utfordringer- og forslag til tiltak:

1. Likeverdige tjenester:

Overordnet sett bidrar godt kvalitet- og pasientsikkerhetsarbeid til likeverdige helse- og omsorgstjenester- for alle befolkningsgrupper, uavhengig av sosioøkonomisk status, bosted og alder. Fra Statsforvalterens ståsted sees det i dag store forskjeller hva gjelder kompetanse og oppmerksomhet omkring kvalitet- og pasientsikkerhetsarbeid mellom ulike virksomheter, både innenfor kommunehelsetjenesten og sykehusene. Dette gjelder både kvaliteten på de tjenester som gis, men også kvalitetsarbeid som bidrar til å gi tjenester/behandling i rett tid (pasientrettighetsaspektet). Dette skaper en grunnleggende ulikhet i helse- og omsorgstjenestetilbudet i landet.

Som tilsynsmyndighet kan vi bidra med to viktige perspektiver:

- Undersøke kvalitet i det enkelte tjenestetilbudet (målt opp mot en nasjonal standard)
- Bidra til sammenlignende kunnskap om kvaliteten mellom kommuner/regioner

Man bør videreutvikle registerdata (kvalitetsindikatorer) som gir mulighet til å holde oversikt over helse- og omsorgstjenesten i langt større grad, og med særlig blick på de kommunale helse- og omsorgstjenestene. I tillegg til registerdata vil Statsforvalterens oversikt som tilsyns- og rettssikkerhetsinstans kunne utfylle informasjon om tjenestene. Gode lokalkunnskaper i kombinasjon med en tett dialog med nasjonale myndigheter setter Statsforvalteren i posisjon til å synliggjøre ulikheter i helsetilbudet.

2. Er kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet ressurskrevende?

Personellsituasjonen i mange kommuner og sykehus er nå til hinder for godt kvalitetsarbeid. Ikke fordi arbeidet nødvendigvis er ressurskrevende, men fordi mangel på kompetent og stabilt personell også destabiliserer pågående kvalitetsarbeid. Vikarstafetter i allmennlegetjenesten, Nordsjøturnus og andre kortsiktige løsninger bidrar ikke til å bygge kompetente fagmiljøer med «eierskap» til de kvalitetsutfordringene som tjenesten opplever. Godt kvalitet- og pasientsikkerhetsarbeid krever stabile fagpersoner og ledelse, men virker også motiverende og stabiliserende i seg selv.

3. Kvalitet- og pasientsikkerhetsarbeid har ulik oppmerksomhet i kommune og sykehus.

Kvalitetsarbeidet som foregår i den kommunale helse- og omsorgssektoren må løftes fram og anerkjennes. (SKIL (Senter for kvalitet i legetjenester) er et eksempel på et godt strukturert

arbeid som retter seg mot legekantor). Kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet må være godt forankret i virksomhetens ledelse. I kommunale virksomheter er mangelen på stabil og kompetent ledelse vel så utfordrende som mangelen på annet fagpersonell, og situasjonen framover vil bli svært krevende. Fokus på kompetanseheving og nettverksbygging vil være viktige tiltak, for virksomheter som til nå ikke har gode nok systemer for arbeidet.

Personell og kompetanse

1. Hva er de viktigste utfordringene og adressere?

Troms og Finnmark er et fylke med mange små kommuner. Den demografiske utviklingen er preget av at det fødes færre barn og befolkningen blir eldre. Vi ser allerede nå at kommunene har utfordringer med å rekruttere og beholde helsepersonell. Fastlegekrisen er godt befestet i fylket. Flere kommuner må ty til vikarstafetter og såkalt «Nordsjøturnus». Allerede nå er det utfordringer med å rekruttere og beholde kvalifisert personell. Den demografiske utviklingen tilsier at dette er et problem som vil vedvare og øke i omfang.

I forbindelse med samhandlingsreformen ble flere store oppgaver overført til kommunene. Kommunene står nå ansvarlig for mer alvorlig syke pasienter med knappet på ressurser både hva angår personell og kompetanse. Det er i tillegg stor turnover, noe som går utover både kvantitet og kvalitet da øvrig personell til stadighet må bruke tid på opplæring og det tar tid før det nye personellet er tilstrekkelig opplært.

2. Hvilke tiltak er aktuelle?

Kommunene må tilføres tilstrekkelig med midler slik at de kan utføre alle oppgavene som kreves blant annet som følge av samhandlingsreformen. Spesialisthelsetjenesten bør bistå kommunene i opplæring av personellet.

Kommunene bør ha et godt samarbeid med videregående skoler, universitetene, kompetansesentrene og opplæringskontorene. Det bør opprettes praksisplasser til elever og studenter og disse elevene og studentene bør følges godt opp av lokal veileder. Det bør opprettes desentraliserte utdanninger.

Kommunene må gjøre seg attraktive som arbeidsplasser og de bør være proaktive med tanke på å ta kontakt med studenter hjemhørende i kommunen for å tilby dem jobb ved endt utdannelse. Her tror vi kommunene bør være kreative både med tanke på bolig, jobb til samboer/ektemake, barnehageplass etc. Vi tror det vil være avgjørende å rekruttere personell som har vokst opp i landsdelen da det er større sjanse for at de blir lenger enn personell rekruttert fra resten av landet eller utlandet. Kommunen bør jobbe aktivt for å redusere sykefravær, det bør være gode seniorordninger slik at personelle står i arbeid fram til pensjonsalder og grunnbemanningen bør styrkes.

Vi har også troen på at man må tenke nytt innen tjenestene. Vi tror det vil bli nødvendig å tilby helse og omsorgstjenester i grupper der det lar seg gjøre. Bruk av videokonsultasjoner, både individuell oppfølging og i grupper er også nødvendig.

Systematisk opplæring, supervisjon og veiledning av helsepersonell er viktig. Noe av dette kan fint gjøres på distanse via video og nett. Kommunene bør ha årlig kompetansekartlegging og

kompetanseplanlegging. Det bør gis rom for kompetanseheving og etter- og videreutdanning og videreutdanning bør gi lønnsmessig uttelling. I samiske forvaltningsområder bør det tilbys studier på samisk.

Ufaglærte bør tas i bruk i større grad der dette er tilrådelig. For eksempel sengeskift, utfylling av forbruksmateriell, bidra til måltider, aktivisering av pasienter mm)

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

Tromsø kommune har investert drøye 100 millioner og gjort grep som bidrar positivt for rekruttering av fastleger. Noen av tiltakene de har gjort er at de har lagt til rette for kortere pasientlister, driftstilskuddet opp til 1000 pasienter har økt, legene får støtte ved kjøp av fastlegepraksis, de får dekket 10 sykedager i året og spesialistutdanningen er gjort gratis. Det har ført til flere stillinger, færre pasienter pr lege, mindre arbeidspress og et bedre familieliv. Vedtaksperioden går ut i 2025 og det signaliseres at det er viktig at «Tromsø-modellen» fortsetter etter dette.

Desentraliserte tjenester og sømløse pasientforløp og psykisk helse og rus

Regjeringen vil forbedre samhandlingsreformen, derfor Nasjonal helse og samhandlingsplan: Overordnet målsetning: sikre sømløse pasientforløp og gode tjenester i hele landet.

Vi har valgt å svare samlet om desentraliserte tjenester og sømløse pasientforløp både knyttet til somatikk, psykisk helse og rus. Det er mange av de samme utfordringer på disse områdene. Det handler om tilgang til ressurser og kompetanse.

Blant annet Riksrevisjonsrapporten (2016) konkluderer med at reformens mål om å styrke kapasiteten i den kommunale helse- og omsorgssektoren ikke er oppnådd. Riksrevisjonens undersøkelse av psykiske helsetjenester som ble lagt fram 3. juni 2021, viser at helsetjenestetilbudet varierer både på kommunalt nivå og i spesialisthelsetjenesten, og at befolkningen ikke har likeverdig tilgang til helse- og omsorgstjenester.

Mange kommuner har opplevd reformen som en ansvars forskyvning fra staten til kommunene. Det fulgte ikke med nok penger eller tilstrekkelig kompetanseoverføring. Det var en overdreven forventning til hva økt forebyggende arbeid i kommunehelsetjenestene kunne bidra med. Kommunene står igjen med mer alvorlig syke pasienter, men stadig færre ressurser, og økende personell- og kompetansemangel. Kommunene må oppleve at de blir hørt, og at det følger midler og nødvendig kompetanseoverføring med nye reformer.

1. Hva er de viktigste utfordringene å adressere?
 - Fare for kommunal kollaps, men også kollaps i Spesialisthelsetjenesten pga. store utfordringer å rekruttere kompetente ressurser
 - Rekruttering / Ressurser og grunnbemanning: Må ha kompetanse og kapasitet i kommunene. Tilstrekkelig bemanning med de menneskelige og økonomiske ressurser som er tilgjengelig

- Flere eldre, færre unge / arbeidsaktive
- Økende antall i befolkningen som står utenfor arbeidslivet
- Endringer i befolkningens sykdomsutvikling
- Mer oppgaver til kommunene pga. samhandlingsreformen => må ha flere stillinger
- Stor turnover innen sektoren: Undersøkelse fra 2021 ([sy_2021-10-15 mini.pdf \(sykepleien.no\)](#)):
 - 3 av 4 sykepleier vurderer å slutte i kommunesektoren
 - Bemanning er ikke i samsvar med behovet
 - Ofte alene på vakt
 - Misfornøyd med lønnsnivået
 - Fysisk og psykisk belastning
- Utskrivningsklare pasienter:
 - Uenighet om status utskrivningsklar mellom sykehusene og kommuner
 - Kommunenes kapasitet og kompetanse til å ta imot utskrivningsklare pasienter
 - kapasitetsutfordringer og prioriteringer i helsetjenesten
 - Mangel på egnet (differensiert) bolig i kommune er svært problematisk, og forsinker utskrivelser
 - Langvarig opphold i sykehus har stor påvirkning på pasienters helse. Institusjonalisering fører til manglende boevne, egenomsorg, mestring (alvorlig funksjonsnedsettelse).
- Pakkeforløpet:
 - Fungerer ikke godt nok innen rus- og psykiatri, verken i kommunene eller i spesialisthelsetjenesten. Målet om bedre samhandling er ikke nådd og må jobbes videre med.
- Spesialisthelsetjenesten legger ned tilbudet samtidig som det oppfordres til å ruste opp for eldrebølgen, økt press og belastning for kommunene
 - Gjelder både sengeplasser og andre tilbud inne spesialisthelsetjenesten
 - Det er nødvendig at også spesialisthelsetjenesten ruster seg til å møte eldrebølgen, flere eldre betyr også større behov for behandling i spesialisthelsetjenesten.
- Stadig nye reformer innen helsesektoren, men følger ikke mer penger, kompetanse og folk til å gjøre noe – reform-tretthet
- Styrke tilbud til den samiske befolkningen ved å utdanne helsepersonell med samisk språk- og kulturkompetanse
- I utkantstrøk: lang reisevei til spesialisthelsetjenester
- Samhandling internt i kommunene er fortsatt utfordrende knyttet til pasienter innenfor psykisk helse og rus (manglende kompetanse og forståelse for pasienter med psykiske lidelser og rusproblematikk og deres hjelpebehov, samt hva og hvem som kan hjelpe). Pasienter med rus eller psykiske lidelser kan fortsatt møte lite forståelse for sine utfordringer hos hjelpere i systemet, eks. ikke alle som ser på rusavhengighet som en diagnose, møter stigmatisering. I noen kommuner er det en oppfatning av at all hjelp til denne pasient/brukergruppen skal ytes av «de som jobber i rus/psykiaritjenesten», dette kan medføre at disse pasientene ikke alltid får riktig og adekvat helsehjelp.

2. Hvilke tiltak er aktuelle?

Rekruttering / Ressurser og grunnbemanning:

- Bemanningsnormer
- Mer lønn sentralt, lokale handlingsrom øker bare konkurransen mellom nabokommuner, løser ikke problemene
- Tilbud om praksisplasser under studier / god oppfølging av studenter
- Mobilisering av arbeidskraften som allerede er i tjenesten:
 - Ansatte i deltidsstillinger øker stillinger
 - Målrettet arbeid med å redusere sykefravær
 - Seniorordninger slik at personell står i arbeid helt frem til pensjonsalder
 - Redusere arbeidsbelastningen
 - Styrke grunnbemanning: For at tiltak skal lykkes må kommunene tilføres betydelig mer ressurser, og kommunene må prioritere helse- og omsorgstjenestesektoren
- Per dags dato mangel på over 7000 sykepleier (estimert mangel på 28 000 i 2035) og mer og mer mangel på helsefagarbeidere også
 - samarbeid med utdanningsinstitusjonene om vurdering av kapasitet og gjennomføring av utdanning, også gjennom desentraliserte tilbud
 - NysaP- modell:
 - [Nye Samhandlingsmodeller for praksis | Sykepleier i Nord](#)

Kompetanse:

- Desentraliserte utdanninger viktig for utdanning og videreutdanning av de som er etablert i distriktet
- USHT og andre kompetansesentre (RVTS, KORUS Nord, NAPHA, RKBU) er viktig for distriktene, kompetanseheving av personell som jobber i tjenestene
- Tett samarbeid med opplæringskontorer, økt bruk av lærlinger, tilstrekkelig økonomisk kompensasjon for å ta imot lærlinger
- Systematisere arbeid med opplæring og kunnskapsoppdatering for dagens ansatte
 - Tilgang til gode e-læringssystemer
 - Årlig kompetansekartlegging
 - Kompetanseplanlegging
- Hospitering av helsepersonell mellom sykehusene og kommunehelsetjenester
- Kompetanse og innovasjonstilskudd brukt maks og målrettet
 - Må ha enklere system å administrere tilskuddene. Mye arbeid både for kommunene og Statsforvalterne
- Mer kompetanse og riktig oppgavedeling
 - gi rom for kompetanseheving og etter- / videreutdanning
 - videreutdanning må gi uttelling lønnsmessig
- tilbud om utdanning med samisk språk og kultur som fokus
 - første kullet med samisk sykepleier utdanning startet i Kautokeino januar 2021
- Fact:
 - Bra tiltak som satses mye på nasjonalt
 - Tjeneste kun for de mest alvorlig psykisk syke og rus
- ALIS

Heltidskultur:

- Må komme klarere føringer (pålegg) sentralt om helgearbeid. Så lenge det praktiseres i gjennomsnitt hver 3. helg, er det en umulig oppgave for mange kommuner å redusere deltid / øke heltid til tilfredsstillende nivå. Dagens modell med økt kompensasjon mot flere helger er en tungvint modell å administrere for kommunene. Kompensasjonen for liten. Lokker ikke ansatte å jobbe flere helg. Økte satser til helgearbeid; 50% lørdager, 100% søndager, slik som for eksempel i Finland. Lite utfordringer med å dekke helgene der.

Organisering av tjenester og oppgaver:

- Digitalisering og teknologi, velferdsteknologi
- Ambulerende tjenester for spesialisthelsetjenesten
 - o Det lønner seg at spesialisten og ikke pasienten forflytter seg, altså ambulerende spesialisthelsetjeneste. Erfaring fra Troms militære sykehus og DMS på Finnsnes.
 - o Ambulering inngår i ansettelsesavtaler med spesialister, for eksempel ansettelse ved et stort sykehus, ambulere til mindre sykehus/DMS hver ... måned
 - o Ny teknologi har revolusjonert muligheten for avstandsoppfølging. Fremdeles utnyttet potensiale.
 - Utnytte bedre dagnes teknologi og ta i bruk ny teknologi for å sikre desentrale spesialisthelsetilbud, egendiagnostikk/egenbehandling og digital dialog mellom pasient og helsetjeneste.
 - Faglige samarbeidsløsninger ved bruk av teknologi skal bidra til å bringe helsehjelpen ut der folk bor. Slike løsninger vil også i noen grad kunne kompensere for mangel på personell

Men det må være nok personalressurser som kan følge opp spesialistens ordinasjoner, observere og sette i verk tiltak. Uten rett og stabil kompetanse i kommunen blir det ikke trygt for pasienten. Kommunene får stadig mer komplekse oppgaver, og spesialisthelsetjenesten må ta sitt ansvar for å bygge opp kompetanse i kommunene og understøtter særlig de minste kommunene i å løse disse nye oppgavene.

- Arbeidsfordelingen mellom helsepersonellgrupper må utvikles slik at vi bruker medarbeidernes kompetanse på best mulig måte
 - o Sykepleiere må «vernes» fra det som ikke er sykepleieroppgaver => tas ut av vanlige driftsturnuser og kun jobbe med sykepleieroppgaver
 - o Mer ufaglærte inn i avdelinger for å utføre arbeid som ikke trengs fagkompetanse (sengeskiift, utfylling av forbruksmateriell, bidra til måltider mm.) kommunene må ha et langsiktig mål om å tilby fagutdanning til ufaglærte på sikt.
 - o Vadsø kommune tilbyr fagutdanning til ufaglærte helsepersonell
 - o Altagårdshagen: Sykepleie-team (som jobber på tvers av ulike enheter, spissede sykepleieoppgaver) og arbeidslag (liten gruppe helsepersonell som følger opp personer med demens, en «forlengelse av hjemmesykepleien»)
 - o Fagbrev på jobb

- Menn i helse

- Samkjøring av journalsystemer
- Finansiering av tjenestene, for eksempel dersom personell i kommune utfører arbeid som ellers ville vært utført på sykehus (for eksempel cytostatikabehandling i kommune), så må kommunen få finansiert dette. Det må lønne seg å være best i klassen.

Høyt sykefravær innen helse og omsorg:

- Økt grunnbemanning, selv om det er lite realistisk å øke bemanning da det allerede er mangel på personell i dagens planlagte bemanning
- Helsefremmende arbeidstidsordninger
 - Krever satsning på økt kompetanse i turnusarbeid, samt gode digitale systemer for turnusarbeid
- Tilrettelegging, mulighet for aktiv sykemelding
- Turnuser som tar høyde for et stabilt høyt sykefravær

Fastlegekrisen:

- Interkommunale legesamarbeid
- ALIS-prosjekt

Helsefelleskapene:

- Maktbalansen må nøytraliseres slik at det blir likeverdighet. Kommunene opplever seg i en del tilfeller ikke som likeverdige parter med helseforetakene (jf. Tjenesteavtalene)
- Helsefelleskapene må jobbe videre med pakkeforløpene og tjenesteavtalene, her under utskrivningsklare pasienter

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

- USHT sine aktiviteter i Troms og Finnmark. For eksempel Klin-Obs-Kommune
- Jobbvinner prosjektet: Vellykket prosjekt i Trøndelag, men ikke så vellykket i Finnmarks region / Varanger området
- Senjalegen og Astafjordlegen: Interkommunale legefelleskap med frigjort veileder for LIS-leger.
- KS-prosjekt <https://www.ks.no/fagomrader/arbeidsgiverpolitikk/kompetanse-og-rekruttering/torn/bedre-oppgavedeling-skaper-fremtidens-omsorgstjenester/>
- Altagårdshagen: ulike aktiviteter rettet mot personer med demens. Dagsenter, hukommelsesteam, avlastning, demenskoordinator, sykepleie-team og arbeidslag. Tenker helhetlig.
- Trondheim kommune: flere sykehjem som bruker ufaglærte som serviseverter. Servisevertene tar seg mye av det arbeidet som ikke trengs fagkompetanse til: sengeskift, søppeltømming, matservering, fyll av forbruksmateriell i pasientrommene, klesvask, turer og annen aktiviteter med brukerne
- Bodø kommune: Bruker de ansattes kompetanse mer fornuftig. Forsøk i Bodø kommune med lappsystem for å synliggjøre hvem som kan utføre hvilke oppgaver

- Målselv kommune: bruker ungdom under 18 år som postverter i avdelinger
 - o Må være obs på etikk og krever systematisk oppfølging fra erfarent personalet
- Lavterskelteamet i Tromsø kommune (samarbeid kommune og spesialisthelsetjenesten)

Psykisk helse og rus

Det er planlagt et innspillsmøte i fylket i forbindelse med opptrappingsplan for psykisk helse 4.nov – her vil det komme viktige innspill fra fagfeltet, bruker- og pårørenderepresentanter, ungdomsrepresentanter, kompetansesentre, statsforvalter m.fl. til opptrappingsplanen, men som også kan benyttes inn i arbeidet med helse- og samhandlingsplan.

1. Hva er de viktigste utfordringene å adressere?

I flere kommuner mangel på tilpassede boliger for pasient-/brukergruppen, samt mangel på tjenester i bolig.

Oppstykket, uoversiktlig, fragmentert og ulik organisering av tjenestetilbud innenfor psykisk helse og rus til barn og unge i kommunene.

Rekruttering av spesialister: psykologer til kommunene, psykologer og psykiatere til spesialisthelsetjenesten.

Det er ikke en oversikt over ulike behandlingstilbud. En «jungel» av ulike behandlingstilbud, men ikke oversikt, må lete og søke på nettet.

Fritt sykehusvalg er ikke nødvendigvis like enkelt å benytte for denne pasientgruppen, det er ulik praksis på hvordan det kan benyttes.

Behandling i spesialisthelsetjenesten: Pasienten får tilbud om det som finnes av tilbud på tilhørende VPP/BUP/DPS og ikke nødvendigvis i tråd med pasientens behov.

Rusbehandlingsinstitusjoner: Kan variere i kvalitet, og tilbudet endres etter anbudsrunder.

KAD plassene er ikke nødvendigvis tilpasset brukergruppen, lite utbygd og ikke tilgjengelig.

Ikke alle DPS har brukerstyrte senger. Mangel på plasser for stabilisering, skjerming, avlastning, korttidsopphold «inn til tørk og oppføring»

2. Hvilke tiltak er aktuelle?

Boliger og tjenester i bolig til de med store og omfattende oppfølgingsbehov og lav «boevne»
Utvikle tjenestetilbudet: tilgjengelighet, fleksibilitet, miljøterapi, miljøarbeid, lavterskel, aktivitet, arbeidsrettede tiltak.

Bygge opp boliger/plasser for skjerming, avlastning, stabilisering, korttidsopphold

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

«Psykhjelpe» i Vadsø kommune

Digitalisering

1. Hva er de viktigste utfordringene å adressere?

- Finansiering. At penger går til de som har utgiftene. At det er mulig med gevinst over tid.
- System. Mennesker i hver ende. Implementering i vanlig drift.
Datasystemer som ikke kommuniserer
- Tillit til at utstyret virker
Tillit til at informasjonsbehandlingen er sikker.
- Kompetanse i alle ledd, men spesielt IT-kompetanse
- Forventninger. Ikke for høye forventninger for fort.

2. Hvilke tiltak er aktuelle?

I utgangspunktet tenker vi at alle tiltak er aktuelle så lenge man har organisering og finansiering på plass. Hva som finnes innenfor digitalisering og velferdsteknologi er godt beskrevet i Velferdsteknologiprogrammet.

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

Vadsø kommune, hjemmetjenesten

- Trygghetsalarmer går til «mobilt vaktrom», helteknologisk løsning
- Dignio medisinsk avstandsoppfølging
- Room-mate, digitale tilsyn, har avverget behov for sykehjemsplass.
- GPS
- Dør-alarm.
- Gevinstberegningsskjema fra leverandør. Sparte besøk. Gjøres ROS-analyse per pasient.
- Savner Fylkesmannens ressursnettverk for velferdsteknologi.
- Suksessfaktor: Forankring hos politikere, pensjonistforening, pårørende. Satsing fra overordnet nivå. Lite motstand i personalgruppa. Intensiv opplæring av personale. Mange ressurspersoner, alltid noen på jobb som kan dette. Alltid utstyr tilgjengelig på jobb for opplæring.
- Nå brukes VR-briller i opplæring av ansatte i KlinObsKommune (prosjekt via USHT, opplæring i observasjonskompetanse og dialog med øvrig helsetjeneste)
- Største utfordring er IT-personale. Utfordrende å få gehør for fagperspektivet. Viktig å ha en dedikert person.

Finnmarkssykehuset

Per i dag noe digital konsultasjon innen psykiatri.

Prosjekt med Alta kommune om hjemmeoppfølging av diabetespasienter koblet mot Helsenorger og kjernejournal. 2 diabetesspl i Hammerfest, 1 diabetesspl. I Alta, 1 lege i Alta. At avvik registreres og det handles.

Videokonsultasjoner hjem – spesialisthelsetjeneste.

Alta har e-poliklinikkrom. Pasient er der sammen med sykepleier eller annet helsepersonell, spesialist på UNN. Gjøres enkle undersøkelser. Testes med kreftsykepleier. Utfordring at de mangler penger til full bruk i Alta, til personale. Alta (Finnmarkssykehuset) tjener ikke penger på konsultasjonen, UNN får inntektene. Sparte inntekter i pasientreiser. Må ha stort pasientvolum for uttelling. Flere behandlere på UNN må være motivert.

Innspill til rapporten på aktuelle tiltak:

E-poliklinikkrom i hver kommune. Kommunal sykepleier. Foretaket stille med utstyr. Lønn til hjelpepersonell? Sparte reiseutgifter. De har regnet på det, beløp i 10-millionersklassen. Det vil lønne seg med ekstra ansettelser.

Alta kommune

- Konsultasjoner Alta – UNN lyd/bilde (har ikke fått snakket med noen i Alta, men går ut fra at det er det samme som hva Finnmarkssykehuset nevner).

Refleksjoner, notater, lenker

Utfordringer:

- System i kommuner
- Organisering
- Innkjøp, anskaffelser
- Behovsprøving
- Økonomi
- Implementering – Prosjekt - Daglig drift
- For høye forventninger for fort? Politikere
- Rekruttere brukere til nye tjenester
- Tekniske utfordringer, barnesykdommer
- Systemer som ikke kommuniserer
- Sikkerhet for at systemene fungerer og at ingen «faller utenom», går glipp av besøk ol.
- Datasikkerhet
- IT-kompetanse. Både ha kompetent og stabilt personell, og personell som har forståelse for det helsefaglige.
- Avhengig av ildsjeler?

Brukes av mange i Norge nå. Se KS, Helsedirektoratet. Ulike digitale plattformer

Gevinstrealiseringsrapporter <https://www.ks.no/globalassets/1.0-andre-gevinstrealiseringsrapport-med-anbefalinger.pdf>

Anbefalinger i 2017:

- Elektronisk medisineringsstøtte
- Varslings- og lokaliseringstjeneste (GPS)
- Elektronisk dørlås
- Digitalt tilsyn
- Sykesignalanlegg/pasientvarsling i institusjonsbasert omsorg (alarm-matte, fallalarm ol.)
- Logistikk-løsninger for mer optimale kjøreruter og bedre kvalitet på tjenester

Forutsetninger for å lykkes

Endring i tankesett om hva kommunale helse- og omsorgstjenester er og skal være: Fra institusjon til å klare seg lenger hjemme

Velg «riktig» bruker: Riktig løsning til sluttbrukers behov. Kartlegging. Viktig at ikke kommunen er bundet til en leverandør. Brukers ønske. Start der gevinsten er størst.

Forankring og opplæring

Forankres i hele kommunen: Politisk, administrativt og faglig. Spesielt hos IT og driftstjenesten. Alle involverte innforstått med hvorfor en endrer tjenestene og har eierskap til prosessen. Informasjon og opplæring. Eierskap til og være trygge på den nye tjenesten for at kommunen skal lykkes med å gi gode tjenester og realisere gevinster av den. Usikre ansatte går raskt tilbake til gamle rutiner. Endringsvillighet.

Utfordringer ved skalering. Etablere en løsning for mottak og oppfølging av varslene. Responstjeneste. Mobildekning. Mange ulike velferdsteknologiske løsninger med ulike grensesnitt. Få eller ingen integrasjon med journalsystemene. Løsning: Nasjonalt program for velferdsteknologi arbeider med å realisere en digital plattform og infrastruktur som ivaretar samspillet mellom mangfoldet av løsninger fra de mange leverandørene og en felles nasjonal IKT-infrastruktur. Skille data og system. Målet er å etablere en åpen plattform som skal gjøre det enklere å bytte ut og koble til nytt utstyr og nye applikasjoner fra et mangfold av leverandører.

Integrasjon med journalsystemer.

Gevinst:

1. Økt kvalitet
2. Spart tid
3. Unngåtte kostnader