



funksjonen som avgjørende for å kunne lykkes med å være likeverdige partnere i Helsefelleskapet Finnmark.

Finnmarkssykehuset HF har vært tydelige på at slikt sekretariat må etableres for å sikre god medvirkning i videre strategiarbeid. Erfaring fra tidligere etablert samhandling viser at plikten til samhandling ivaretas ikke ved at samhandlingsledelse ansatt i foretak gjør saksbehandling og koordinering alene.

Etablering av felles prosjekter

Tidligere samhandlingsprosjekter har vist at vellykkede pasientforløpsarbeid og ny arbeidsmetodikk er utfordrende å videreføre mellom kommunene. Dette kan være begrunnet i manglende ledelsesforankring både i det formelle samarbeidet (foretak og kommuner) og hos de kommunene som lar seg representere. Finnmarkssykehuset HF erfarer at Helsefellesakepene må skape en arbeidsmetodikk som ivaretar ledelsesforankring samtidig som klinisk nivå står for faglige funderte innovasjonsprosesser.

De strategiske dokumentene i Helsefelleskapet er forankret i styret og administrasjonen i helseforetaket, og er grunnlag for samhandlingen med politisk og administrativt lederskap i kommunene.

Finnmarkssykehuset HF anser dialog -og partnerskapsmøtene som et godt grunnlag for anerkjennelse av satsningsområder for at de nødvendige ressurser skal brukes på fremtidige prosjekter på begge tjenestenivå. Evaluering og resultatoppnåelse må derfor være en del av denne arenaenes fokus.

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

Forankring

Det er utfordrende for både helseforetak og kommuner og sikre god nok og implementering av mulighetene som ligger i tiltak for å imøtekomme sammenhengende, bærekraftige tjenester for pasienter med sammensatte behov. Dette handler om å få ansatte til å gjøre seg kjent med, og følge avtaler og forskrifter. Videre krever det engasjement fra klinikere til å se muligheter i de ordningene som finnes, som kontaktlege, koordinator og individuell plan.

Utfordringene adresseres konkret ved:

- Å følge opp oppdragsdokumentet slik at partnerskapet i Helsefelleskapet etablerer gode kliniske samhandlingsarenaer med tydelige mandater og fokus på resultatoppnåelse. Det er utfordrende å prioritere forløpsarbeid i påvente av prioriteringsveileder.
- Vi ønsker å se nærmere på etablering av faglige samarbeidsutvalg (LFSO) for å sikre tydelig retning og tilstrekkelige ressurser for god resultatoppnåelse.
- Vi ønsker sammen med kommunene å komme frem til et felles datagrunnlag for hvor stor andel av aktiviteten i helseforetak og kommunene som kan knyttes til de fire prioriterte pasientgruppene. Felles datagrunnlag mener vi er avgjørende for å finne riktige tiltak.
- Det arbeides kontinuerlig med å gi innhold til «hva er viktig for deg» slik at det legges til rette for medvirkning i pasientforløpene.



- Sårbare overganger identifiseres og utfordringer i klinisk samhandling knyttet til dokumentasjon ved utskrivning forbedres ved tett samarbeid mellom foretak, regionalt foretak og tilbakemelding fra kommuner (bruk av avviksmodul).
- Koordinerende enhet i Finnmarkssykehuset HF skal bidra til å sikre helhetlig tilbud til pasienter og brukere med behov for sosial, psykososial og/eller medisinsk habilitering og rehabilitering. KE skal være helseforetakets kontaktpunkt, og kommunenes samarbeidspartner i spørsmål om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator. KE skal arbeide på systemnivå ved å tilrettelegge og bistå fagpersonell som skal utøve koordinering på person nivå. Målet er god planlegging, forutsigbarhet og gode forløp. Det må sees på koordinerende enhet sin plass / nivå i Helsefellesskapet.

3. Har dere gode eksempler på tjenester som er utviklet/er i ferd med å utvikles i fellesskap for de fire prioriterte pasientgruppene? Hvordan kan innsikt fra disse eksemplene overføres til andre helsefellesskap og/eller forsterkes gjennom neste nasjonale helse- og sykehusplan?

- Finnmarkssykehuset HF jobber med kvalitetsforbedring og virksomhetsstyring som skal innrettes mot de fire prioriterte gruppene. Sykehusets kvalitetsforbedringsutdanning bidrar til kvalitet i pasientforløp sammen med enkeltkommuner og kan ses som gode piloter for fremtidige FSU.
- Innovasjonsprosjekt knyttet til digital hjemmeoppfølging i forhold til oppfølging av polikliniske pasienter
- Digitale samarbeidsmøter for pasient mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjeneste før utskrivning med mål om å ivareta pasienter som trenger hjelp både fra sykehus og hjemkommune bedre.
- Finnmarkssykehuset skal satse på behandlingsrelaterte e-konsultasjoner, slik at det ikke bare omhandler polikliniske pasienter.
- Finnmarkssykehuset har et ønske om i større grad starte opp sykepleie poliklinikker for å ivareta pasienter med kroniske lidelser, både fysisk behandling – men også video/tlf. Dette er forebyggende og vil også avlaste legespesialister, og redusere innleggelser.
- Finnmarkssykehuset ansvar for læring og mestring (LMS) i forhold til opplæring av både pasienter og pårørende i samarbeid med kommunene. Her er det potensialet til å bli bedre.
- Innen psykisk helsevern har Finnmarkssykehuset SANKS sin forskning knyttet til selvmord og selvmordsforebygging blant den samiske befolkning. Spesielt viser det seg at det er en økt selvmords-frekvens blant unge samiske menn, sammenlignet med landet for øvrig.
- Finnmarkssykehuset ved barnelege Ane Kokkvold sitt doktorgradsprosjekt om oppfølging av barn og unge med fedme i form av en aktivitetsskole. Finnmarkssykehuset skal videre delta i en nasjonalt randomisert studie for behandling av barn/unge med fedme med oppstart i 2023. Studien heter eBattle. Kokkvold skal være lokal prosjektleder.
- I tillegg har Finnmarkssykehuset prosjektet «Vår Helse – Vår forskning». Et prosjekt i samarbeid med Fylkeskommunen, Statsforvalteren, Kautokeino kommune, Sør-Varanger kommune, UiT + NKS. Det er et prosjekt der vi skal få barn og unges (+ voksne som arbeider



med barn) sine innspill på hva som bør forskes mere på vedr. barn og unges helse og oppvekstvilkår. Dataene som vi får fra denne spørreundersøkelsen skal benyttes i en befolkningsundersøkelse (FETCH) på barn og unge i Finnmark. Vi planlegger og inkluderer alle 5 og 6 klasser i FETCH – og her skal inngå både spørreskjema og fysiske undersøkelser, evt intervensjonsstudier – dersom vi ser at det er barn som har nytte av konkrete oppfølginger.

- Generelt kan Finnmarkssykehuset vise til gode tall hva angår ventetid/fristbrudd både innen barnesykdommer, barnehabilitering og rus – her ligger Finnmarkssykehuset foran øvrige i Helse Nord.
- **D-FACT-team for voksne.**
FACT-team er planlagt opprettet for de sykeste pasientene innenfor psykisk helsevern og rus. Pasientene har ofte fragmentert oppfølging fra en rekke behandlere, men samordningen kan være så som så. **FACT** står for Flexible Assertive Community Treatment og kan oversettes til «fleksibel aktiv oppsøkende behandling». D-FACT betyr Digitalt FACT-team, mao er dialog og oppfølging mellom deltakerne i teamet tenkt gjennomført digitalt. Begrunnelsen for dette er særlig de lange avstandene vi har i Finnmark. De aktuelle kommunene og spesialisthelsetjenesten er likeverdige parter i teamet. FACT har vært utredet i Finnmark og det er besluttet opprettelse av fire team; ett i hver klinikk. I FACT-teamet i Øst-Finnmark er kontaktpunktet for spesialisthelsetjenesten planlagt i DPS Tana. FACT-teamene skal etter planen komme i gang omtrent etter denne tidsplanen:
 - Øst: våren 22
 - Alta: juni 22
 - Karasjok: sept 22
 - Hammerfest: 2023.

Erfaringer fra FACT-team drevet andre steder i landet er at de gir flg effekter:

- Nedgang i antall tvangsinnleggelse
- Nedgang i antall liggedøgn
- Mer fornøyde pasienter og pårørende
- Oppfattes som en ressursbesparende arbeidsform av ansatte

Finnmarkssykehuset jobber for å oppnå effekt av etableringen.

- **FACT-team for barn og ungdom.**

Det pågår for tida et utredningsprosjekt for D-FACT-team for barn/ungdom i aldersgruppen 12-25 år. Utredningen skal etter planen være ferdig høsten 2022. Parallelt med denne utredningen er Alta i ferd med å etablere en pilot for dette.

- Skrøpelige eldre og personer med flere kroniske lidelser er ivaretatt gjennom – PSHT etablering ved Kirkenes og Hammerfest sykehus som også tenkes knyttet opp mot sykestueplassene i Finnmark.
- Organisering av KAD- senger i kommunene må knyttes opp til en legevakt i nærheten (ikke lengre enn 200 m i mellom) for å kunne ivareta pasientene best mulig å være en reell avlastning for innleggelse samt utskrivning.



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

Finansieringsordninger som imøtekommer ønsket innretning på tjenesteinnovasjon med spesialisthelsetjenester i primærhelsetjenesten

ISF-ordningen må utvikles i tråd med samhandlingen. Flere pasienter skal få tjenesten der de bor. Lang reisevei til sykehus for innbyggerne i nord er utfordrende for et likeverdig helsetilbud. Å regne «stykkprisfinansiering» for merarbeidsutgifter for kommunene er utfordrende og kan bli til hinder for at kommuner og spesialisthelsetjenester klarer å etablere et behandlingstilbud som gir økt livskvalitet i tråd med intensjonene. Utfordrede økonomiske rammer og mangel på personell vil gi for stort fokus på økonomiske konsekvenser.

Finansieringsinnretning som stimulerer til partnerskap i tjenesteinnovasjon

Helsefelleskapene er satt til et «bottom up- oppdrag» med å skape felles utvikling av tjenester. I helsefelleskapene bygger felles innovasjonsarbeid på samarbeidsavtalene. Disse har vært viktige for å tydeliggjøre ansvar og oppgavedeling. Det er naturlig at dialogen også har vært orientert om grenser for ansvar og håndtering av kostnader. Vi ønsker et mer fleksibelt finansieringssystem som kan legge til rette for utvikling av gode pasientforløp i samhandling mellom kommuner og foretak.

Behovet for styringsdata og framskrivningsverktøy som bidrar til at to ulike tjenestenivå kan planlegge for utvikling sammen.

Bidrag til pålitelige data over «nivågrensene» ved å samle data fra flere nasjonale registre (IPLOS, NPR, statistikk om allmennelegetjenester m.fl). Slike data vil gi helsefelleskapene en mulighet for felles virkelighetsforståelse og styrke strategiarbeidet. Det må avklares om samhandlingsbarometeret skal realiseres.

Økt samhandling med andre direktorater innen velferdsstatens område

Se på hindringer mellom arbeids- og velferdsdirektoratet og helsedirektoratet når det gjelder individuell jobbstøtte. Resultatet av uavklarte ordninger mellom direktorater øker terskelen for praktisk samhandling mellom tjenester, slik vi ser innen IPS der helse i økende grad ser arbeid som et område som helse ikke skal fokusere på. Dette er skadelig for mange rehabiliteringsforløp.

Juridiske løsninger som imøtekommer behovet for å sikre dialog om pasienten og som ivaretar målet om koordinert og sammenhengende tjeneste

I tråd med god datasikkerhet og pasientens mulighet for å åpne for at egen journal eller deler av denne kan leses av annet tjenestenivå som koordinerer og bidrar til helsehjelp.

Aktører i samhandling og bruk av fastlegeressurs

Praksiskonsulentordningen (PKO) med fastlegene kom i stand før samhandlingsreformen. I ny organisering er det beskrevet at fastlegene skal delta aktivt på alle nivå i ny samhandlingsmodell



(helsefellesskapene). Dette er en knapp ressurs og foretaket har på vegne av RHF utført en evaluering. Nyrekruttering av PKO er utfordrende samtidig som fastlegene skal sikres mer aktiv deltagelse i Helsefellesskapet. I dialog med legeforeningen bør det lages veileder for fastlegedeltagelse hvor ordningene ses i sammenheng.

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

Finnmarkssykehuset HF har mulighet for å søke midler fra Helse Nord RHF, statsforvalteren og flere andre kilder for forsknings- og utviklingsmidler. Helsefellesskapets mål sammenfaller i stor grad med mål og hensikt med helsevesenets aktiviteter generelt. Midler fra disse kildene bør i utgangspunktet være tilgjengelig for faglig utviklings- og implementeringsarbeid i helsefellesskapene.

KS

I NSHP 2020-2023 henstilles det til at allerede etablerte interkommunale arenaer bør benyttes til samordning for kommunene i samhandling om tjenesteutvikling og samhandling med spesialisthelsetjenesten. Å benytte slik arenaer kan bidra til mer likeverdige beslutningsprosesser hvor foretakene inviteres. Dette kan erstatte tidligere arenaer som etablerte erfaringsmøter i de ulike regionene.

Regionale foretak

Det regionale helseforetaket har tilgjengelige midler til blant annet forskning og utvikling, innovasjon og faglig nettverksarbeid. Nøkkelen for støtte kan være enten å sette av midler som helsefellesskapene kan søke på, eller å legge inn forutsetninger om forankring i helsefellesskap for å utløse midler.

Det er viktig for helsefellesskapet å ha tilgang til omforente data både for drift og demografi. Vi har behov for et perspektiv på arbeidet til samhandlingsbarometeret, fram til barometeret er etablert har vi behov for analysestøtte.

Statsforvalteren

Midlene Statsforvalteren disponerer krever som regel at søknader forankres i en eller flere kommuner. Kriteriene Statsforvalteren legger til grunn for prosjekt- og utviklingsmidler kan med fordel forutsette forankring i helsefellesskap. En slik forankring vil øke muligheten for utvikling i flere kommuner samtidig. En slik forutsetning vil også kunne motivere arbeid mot konsensus i helsefellesskapene.

Arbeidet i Helsefellesskapet Finnmark er ikke kommet langt nok til at vi har hatt mulighet for å erfare nytten av tilgjengelig støtte. utfordringer ligger ofte i at initiativet til slike prosjekter kommer fra helseforetaket alene, noe som av og til gjør forankringsarbeidet i både kommuner og helseforetak utfordrende. Finnmarkssykehuset HF har flere forskningsmiljøer som vil kunne bidra til kunnskapsutvikling og evalueringsarbeid i helsefellesskapet. Disse miljøene søker, på selvstendig grunnlag eller i samarbeid med andre forskergrupper, midler fra de kildene som er nevnt, og fra relevante kilder for forskningsmidler.



Regionale aktører som NAV, KS og NHO burde kunne se nytte i helsefellesskapenes hensikt og arbeid. Departementer og direktorater burde legge til rette for samarbeid mellom kommuner/ helseforetak og andre samfunnsaktører

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

Sikre konsistens i samhandling mellom tjenestenivåene

Sikre at nasjonal veileder for tjenesteavtale er i tråd med ønsket innretning på utvikling av tjenester. Revidering av veileder bør derfor ses i sammenheng med kommende nasjonale helse og samhandlingsplan og være gjenstand for hyppigere revisjoner enn det som har vært tidligere.

Pandemien har vist at kapasitetsråd mellom kommuner og spesialisthelsetjenester må ha større anerkjennelse i beredskap og ha forpliktende og operativt fokus

Når den totale kapasiteten i helsetjenesten er belastet og beredskapen er avhengig av kapasiteten i spesialisthelsetjenesten, bør kommunene være satt i stand til å ta et større ansvar for pasienter som ikke krever spesialisthelsetjenester. Finnmarkssykehuset HF anerkjenner at hele tjenesten ble satt under stort press. Organisering og mulighet til å ta ut utskrivningsklare pasienter i starten på pandemien var betydelig høyere enn det man har sett senere i pandemien.

Veileder for samarbeidsavtalene

- Bør være mer i tråd med det oppdraget som er gitt av NHSP.
- I revisjonsarbeidet av veileder savnes det en evaluering av KAD-ordningen, dens innretning og resultater med tanke på om ønskede resultater er oppnådd.

Med vennlig hilsen

Konstituert direktør
Vivi Brenden Bech

Samhandlingssjef
Siw Blix