

## Nasjonal helse og sykehusplan 2024 – 2027 - innspill fra Helsefelleskap Innlandet

Helsefelleskap Innlandet viser til brev av 21. september 2021, der Helse- og omsorgsdepartementet har invitert helsefelleskapene til å gi innspill til Nasjonal helse- og sykehusplan 2024 – 2027. I årets sykehustale signaliserte helse- og omsorgsministeren at den kommende planen vil utarbeides som en helse- og samhandlingsplan. Helsefelleskap Innlandet støtter denne endringen.

Innbyggerne skal oppleve sammenhengende tjenester på tvers av spesialisthelsetjeneste og kommunale helse- og omsorgstjenester. Den reviderte planen må gi retning for en desentralisert helsetjeneste som yter gode og likeverdige tjenester i hele landet med vekt på reell brukermedvirkning og samhandling. Det å utvikle pasientens helsetjeneste på en bærekraftig måte, bør også være sentralt i neste plan. Kommunene støtter økt fokus på «Hva er viktig for deg» og gjennom dette god brukermedvirkning. Dette bør være førende for vår felles utvikling av helse- og omsorgstjenestene i årene som kommer.

Gjennom Helsefelleskap Innlandet vil Sykehuset Innlandet HF og de 42 kommunene i opptaksområdet fortsette å videreutvikle forpliktende samarbeid til det beste for innbyggerne. Utgangspunktet er at alle innbyggere, også når de er pasienter, bor i en kommune og skal leve meningsfulle liv der.

Partnerne i Helsefelleskap Innlandet har diskutert erfaringene med etablering av helsefelleskap og drøftet hvordan regionale aktører og nasjonale myndigheter kan legge bedre til rette for at helsefelleskapet kan bidra i utviklingen av en mer sammenhengende helse- og omsorgstjeneste.

### **Spørsmål 1: Hvilke erfaringer har dere høstet så langt, blant annet knyttet til samarbeid mellom kommunene, mellom kommunene og helseforetak, etablering av sekretariatsfunksjoner, gode og likeverdige beslutningsprosesser, samt etablering av felles prosjekter?**

Generelt:

- Sykehuset Innlandet HF og de 42 kommunene i opptaksområdet har etablert en samhandlingsstruktur som var operativ fra 1. januar 2022. Det er begrenset hvilke erfaringer helsefelleskapet så langt har høstet.

Erfaringer med samarbeid mellom kommunene:

- De 42 kommunene i opptaksområdet til Sykehuset Innlandet HF har samordnet seg i sju helseregioner. Modellen for helseregionene bygger på de eksisterende politiske regionene og/eller felles legevaktsamarbeid.
- Det er store forskjeller på helseregionene. Enkelte regioner har etablert og formalisert egne samarbeidsavtaler, mens andre regioner er i gang med dette

arbeidet nå. Nye samhandlingsarenaer må forankres politisk og administrativt og videreutvikles, samtidig som en bygger videre på det som er etablert og som fungerer. Å utvikle samhandlingskultur tar tid.

- Én helseregion har startet en prosess for å utvikle en samhandlingsstrategi. Prosessen er forankret politisk og administrativt. Strategien skal blant annet peke på fremtidige innsatsområder som kommunene i regionen kan løse i fellesskap og/eller i samarbeid med sykehuset.
- Én helseregion har ansatt en koordinator i 100 % stilling for regionalt helsesamarbeid i sin helseregion. En annen region har nylig lyst ut en 100 % stilling som rådgiver for internt regionalt helsesamarbeid.

Erfaringer med etablering av sekretariat:

- Sekretariatet for Helsefelleskap Innlandet ble formelt etablert i januar 2022 med en 100 % ressurs fra kommunene og tilsvarende ressurs fra Sykehuset Innlandet HF. Sekretariatet erfarer at det har en viktig rolle for å sikre kontinuitet og informasjonsflyt mellom helseregionene og fagdivisjonene i sykehuset. Sekretariatet avklarer, forbereder og følger opp saker i fellesskap, noe som sikrer bredere perspektiv og større forståelse for utfordringene og mulige løsninger. Dette bidrar til å utvikle oss som likeverdige partnere.

Erfaring med gode- og likeverdige beslutningsprosesser:

- Helsefelleskap Innlandet har foreløpig erfaring fra ett partnerskapsmøte og to møter i strategisk samarbeidsutvalg. Partnerskapsmøtet har vedtatt mandat for strategisk samarbeidsutvalg og besluttet en handlingsplan for 2022. Strategisk samarbeidsutvalg har vedtatt mandat for arbeidsutvalget og fagutvalgene. Det er videre besluttet å etablere fagutvalg innen psykisk helsevern for barn og unge. Vi erfarer at det er ulike forventinger til hvordan vi skal starte opp med felles satsninger og omfanget av disse.

Erfaring med etablering av felles prosjekter:

- I overgangen mellom den tidligere samarbeidsstrukturen og Helsefelleskap Innlandet ble det etablert et pasientforløpsprosjekt for pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS). Prosjektet skulle bidra til at samtlige pasienter med KOLS skulle få hjelp og støtte til å komme i gang med fysisk aktivitet etter utskrivning. Foruten målet om bedre fysisk helse for pasientene ønsket man å få erfaringer med modeller for pasientforløp og med praktisk gjennomføring av denne type samhandlingsprosjekter. Prosjektet ble gjennomført ved medisinsk avdeling på SI Lillehammer og ved SI Granheim. Erfaringer så langt tilsier at det er utfordrende å rekruttere fagressurser fra Sykehuset Innlandet og kommunene, og det er generelt utfordrende å beholde fagressursene i prosjektperioden. Selv små tiltak som hjelp og støtte til å komme i gang med fysisk aktivitet er krevende å implementere og følge opp i sykehuset og kommunene.

**Spørsmål 2: Hva er mest krevende for å nå målene om mer sammenhengende, bærekraftige tjenester for pasienter med sammensatte behov?**

- Helsefelleskapene må ha tilstrekkelig med ressurser. Det bør vurderes om helsefelleskapene skal finansieres særskilt i form av øremerkede sentrale tilskudd.
- Kommunene registrerer at Helse Sør-Øst setter av årlige midler til samhandling for helseforetakene. Kommunene ser det som krevende å prioritere årlige midler til samhandling ut fra sitt samfunnsoppdrag.
- Det oppleves utfordrende å skape felles forståelse for hverandres samfunnsoppdrag, styringslinjer, finansiering og organisering.
- Kommunene spesielt opplever at partnerne må arbeide mer for å utvikle felles samhandlingskultur. Partnerne må forstå hverandres utfordringsbilde, samt hvilke utfordringsbilder som er felles. Partnerne må videre klare å forenes rundt samfunnsoppdraget, til tross for ulike perspektiver og oppgaver. Dette krever omforente og gode prosesser og involvering på alle nivåer.

**Hva gjør dere konkret for å adressere disse utfordringene?**

- Partnerne har et ønske om å utvikle en god kultur for samhandling. Helsefelleskap Innlandet har startet med årlige heldags strategisamlinger der vi jobber med å utvikle felles verdier, visjoner, mål og strategier som skal bidra til å utvikle samhandlingskultur.
- Helsefelleskap Innlandet er i prosess for å etablere strategiplan 2022 - 2026. Gjennom bred forankring og involvering har vi fått innspill til en rekke potensielle satsningsområder. Partnerne har drøftet og prioritert de strategiske satsningsområdene. Dette arbeidet vil legge grunnlaget for å prioritere og avsette nødvendige ressurser.
- Sykehuset Innlandet har oppnevnt en samhandlingsrådgiver i hver divisjon (i alt sju personer) som bistår samhandlingsansvarlig for helsefelleskapet.
- To helseregioner holder på å rekruttere rådgivere for regionene, som vil etablere nettverk med interkommunal rådgiver for Helsefelleskap Innlandet.

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

## Psykisk helse

- Det er etablert ni FACT-team<sup>1</sup> i Innlandet. Teamene er organisert med ressurser fra kommunene, spesialisthelsetjenesten og NAV. FACT gir langvarig oppsøkende og integrert behandling og oppfølging til pasienter med alvorlig psykisk lidelse og/eller alvorlig rusmiddellidelse. Teamene er etablert i perioden 2018 - 2022, og 32

---

<sup>1</sup> FACT: Flexible Assertive Community Treatment

kommuner deltar. Stillinger i teamene delfinansieres av tilskuddsordningen «tilbud til voksne med behov for langvarig oppfølging og sammensatte tjenester» og har en gradvis nedtrapping over fire år. Finansieringsmodellen gir kommunene og sykehuset fire år til å tilpasse kostnader i egne budsjetter. Dette gir prosjektet mulighet for å dokumentere gevinstene og derigjennom skaffe kunnskapsgrunnlag for beslutning om eventuell videreføring. Utfordringen er å sikre finansiering til drift etter at tilskuddsmidlene er brukt.

Erfaringer med FACT i Innlandet viser at flere pasienter nås med oppsøkende tjenester, og modellen gir godt koordinerte, sammenhengende og integrerte tjenester gjennom langvarig forløp. Denne måten å organisere tjenestene på kan overføres til somatiske tjenesteområder der man kan forvente langvarige pasientforløp med behov for innsats fra flere instanser i kommuner og fra spesialisthelsetjenesten. Organiseringen i samhandlingsteam gjør det også enklere å integrere andre faggrupper enn de som modellen stiller krav om. FACT-teamene inkluderer blant annet musikkterapeut, saksbehandler fra NAV og klinisk farmasøyt.

### Eldre og skrøpelige

- SAM-AKS er samhandling mellom kommunale sykehjem og alderspsykiatris avdeling i Sykehuset Innlandet. SAM-AKS bygger på Helsedirektoratets nasjonale faglige retningslinje om demens. SAM-AKS ble etablert i 2010. 33 kommuner med 52 sykehjem deltar. Oppfølging av pasienten skjer i et samarbeid mellom spesialsykepleiere i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Spesialsykepleiere får veiledning av legespesialist. Ved en tilpasning av SAM-AKS modellen til somatikk må en ta hensyn til at det er ulike metoder for undersøkelse og diagnostikk innenfor psykiatri og somatikk. Innenfor psykiatrien er diagnose og utredning basert på en mer deskriptiv metode mens det innenfor somatikken ofte kreves fysiske undersøkelser med mer avansert teknisk utstyr. Dette innebærer at legespesialister i somatikk, i større grad en innenfor psykiatri må involveres i direkte pasientkontakt.

### Digitalisering

- Det er etablert videokommunikasjon mellom kirurgisk avdeling ved SI Gjøvik og primærhelsetjenesten i kommunene Gran, Nordre Land, Vestre Toten og Søndre Land. Gjennom talestyrt hodekamera kan spesialisthelsetjenesten støtte primærhelsetjenesten i vurdering og behandling av sår hos pasienter i hjemmet. Videokommunikasjon er også tatt i bruk ved veiledning og behandling av smertepasienter og kreftpasienter. Erfaringsmessig ser vi at bruk av videokommunikasjon kan overføres til andre pasientgrupper.

### Lokalmedisinske sentre/LMS

- I samarbeid mellom kommunene og Sykehuset Innlandet er det etablert lokalmedisinsk senter i Valdres (på Fagernes) og i Nord-Gudbrandsdal (på Otta), og et spesialistsenter på Hadeland. Hadeland spesialistsenter planlegges utviklet videre til et lokalmedisinsk senter i samarbeid mellom Gran kommune, Lunner kommune og

Sykehuset Innlandet. De lokalmedisinske sentrene og spesialistsenteret har et bredt tilbud av spesialistpoliklinikker (ortopedi, gynekologi, kardiologi, ØNH, radiologi, pediatri m.m.), røntgentilbud (skjelett og lunge) og dialyse (Valdres og Nord-Gudbrandsdal). Det er også etablert desentraliserte kreftpoliklinikker med cytostatikabehandling på alle tre steder.

I Valdres og i Nord-Gudbrandsdal har Sykehuset Innlandet inngått avtale med kommunene om kjøp av døgnplasser ved LMS'ene til psykiatriske pasienter (døgnstøtte)

Det er god dialog og godt samarbeid mellom kommunene og Sykehuset Innlandet i utvikling av desentraliserte spesialisthelsetjenestetilbud ved LMS og spesialistsenteret. Utvikling av tilbud skjer som regel gjennom prosesser/utredninger hvor både kommunene, Sykehuset Innlandet og brukerne er representert. Ved Valdres lokalmedisinske senter og ved Nord-Gudbrandsdal lokalmedisinske senter er det også etablert faste samarbeidsorgan mellom kommunene og Sykehuset Innlandet (drifts- og utviklingsråd/DUR).

De største utfordringen ved det desentraliserte tilbudet er knyttet til rekruttering av spesialister og finansiering av kostbart medisinskteknisk utstyr. Dette kan medføre periodevis manglende dekning av spesialisttilbud og utfordringer med å utvikle nye tilbud.

**Spørsmål 4: Hvordan kan nasjonale myndigheter (departement, direktorater) støtte helsefellesskapene i arbeidet med å nå sine mål? Hvilke justeringer i nasjonale virkemidler (faglige råd, regulering, styringsinformasjon, finansieringsordninger) vil bidra til å realisere målene?**

Finansiering

- Dagens finansieringssystemer må i større grad støtte opp under å utvikle sykehus og kommuner som likeverdige partnere og ønsket adferd. Myndighetene må få på plass basisramme, tilskuddsordninger og refusjonsordninger for å sikre at satsninger innen samhandlingsfeltet blir gjennomført.
- For å sikre etablering av nye og videreføring av eksisterende tverrfaglige team som FACT stilles det spørsmål om ordningen med øremerking av tilskuddsmidler bør utvides.
- Det bør vurderes om administrasjon og drift av helsefellesskapene bør finansieres gjennom sentrale øremerkede tilskudd. Videre må tilskuddets størrelse sees i sammenheng med størrelsen på helsefellesskapet. Innlandet har 42 kommuner samordnet gjennom syv helseregioner.

Likeverdige partnere

- Gjennom det årlige oppdrags- og bestillingsdokumentet gis Sykehuset Innlandet HF styringskrav fra Helse Sør-Øst RHF. I årets oppdrags- og bestillingsdokument er det gitt pålegg om å invitere kommuneoverlegene inn i helseforetakene. Fra kommunal side stilles det spørsmål om hvordan denne informasjonen blir formidlet til

kommunene. Kommunene påpeker at spesialisthelsetjenestens oppdragsdokumenter ikke bør gi denne type føringer til kommunal sektor.

- Fra kommunal side er det påpekt at forskrift om kommunenes betalingsplikt virker negativt i den daglige samhandlingen mellom sykehuset og kommunene. Det fremmer ikke likeverdighet, og gir en av partnerne økonomisk virkemiddel overfor den andre. Kommunene mener videre at ingen eller begge parter bør ha økonomisk virkemiddel. Helsefelleskap Innlandet mener at effekten av betalingsplikten bør utredes i det kommende planarbeidet, og at andre virkemidler bør vurderes.

#### Plattform for kommunikasjon, informasjonsutveksling og samhandling

Utenom pleie- og omsorgsmeldinger (PLO-meldinger) har partnerne i dag ingen felles plattform for kommunikasjon, informasjonsutveksling og samhandling. Dette er til hinder for effektiv tilgang til felles dokumenter, både administrativt og faglig i våre organisasjoner. Felles planlegging og kommende tjenesteutvikling blir med dette mindre effektiv og smidig. Det foreslås å utvikle en felles plattform som ivaretar den administrative og faglige samhandlingen i helsefelleskapene uten at det utveksles sensitiv informasjon. Løsningen kan utvikles eksempelvis i Kompetansebroen. Arbeidet på nasjonalt nivå med å videreutvikle kjernejournal og legge til rette for integrasjon mellom fagsystemene må fortsette.

#### Nasjonale satsninger og koordinering

- Omfang av nasjonale satsninger må være håndterbart. Hver ny satsning setter store krav til intern tverrfaglig samhandling mellom de kommunale tjenesteområdene i tillegg til samhandlingen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Det er nødvendig at partnerne gis tilstrekkelig tid for å sikre at tiltakene virker etter hensikten. Uforutsette hendelser som pandemi- og flykningsituasjonen binder ressurser til daglig drift og svekker mulighetene for implementering av nye satsninger. Omstilling- og endringstakt må sees i sammenheng med den totale belastningen på tjenesteapparatet.
- Meld. St. 7 (2019-2020) Nasjonal helse og sykehusplan 2020-2023 gir retning og rammer for utvikling av spesialisthelsetjenesten og samarbeidet med den kommunale helse og omsorgstjenesten. Det er viktig at styringsdokumenter både spesialisthelsetjenesten og kommunene er godt koordinerte.
- Det er ønskelig at departementene, direktoratene, de regionale helseforetakene, Kommunesektorens organisasjon (KS) og statsforvalter må være mest mulig samordnet og koordinert, tilsvarende som at kommuner og helseforetak skal se hverandre som likeverdige partnere med felles ansvar for pasientene.

#### Fastlegeordningen

- Det er allmenn bekymring for rekruttering av fastleger. Spesialisthelsetjenesten og kommunene er avhengig av at fastlegeordningen fungerer godt. Nasjonale myndigheter må i samarbeid med Legeforeningen, fastleger og kommunene finne løsning på kort og lengre sikt for å sikre rekruttering og stabilisering av fastlegeordningen.

## Forskning og utdanning

- Nasjonale myndigheter bør iverksette tiltak for å styrke satsningen på forskning og innovasjon innen samhandlingsfeltet. Det vises i denne sammenheng også til tiltak foreslått av Blankholmutvalget for å styrke kunnskapsgrunnlaget i de kommunale helse- og omsorgstjenestene<sup>2</sup>.
- Det er ønskelig å styrke samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten innenfor en rekke ulike helseutdanninger. Mangelen på helsepersonell er en stor utfordring som kommunene og spesialisthelsetjenesten i Innlandet deler. Tilgangen på praksisplasser er i mange tilfeller det som hindrer økt utdanningskapasitet. Det bør i større grad åpnes for praksisplasser som tar hele tjenesten i bruk, og som sikrer at kommende helsepersonell har kunnskap om ulike deler av tjenesten og samhandlingen mellom disse.

### **c. Hvilken støtte fra Helsedirektoratet og andre etater har vært spesielt nyttig så langt? Hvilken støtte savner dere?**

- Meld. St. 7 (2019-2020) Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 oppleves å gi gode overordnede føringer for satsningsområder og samtidig gir rom for å utvikle lokale løsninger. Helsefelleskap Innlandet ønsker at den kommende helse – og samhandlingsplanen legges på et tilsvarende nivå.
- Helsefelleskap Innlandet ønsker at det pågående arbeidet i Helsedirektoratet med utvikling av styringsdata for pasientgruppene som er omtalt i Nasjonal helse- og sykehusplan 2020 - 2023, videreutvikles til å møte behovet ytterligere i primærhelsetjenesten.

## **Spørsmål 5:**

### **a. Hvordan kan regionale aktører (KS, regionale helseforetak, statsforvalteren) støtte helsefelleskapene i arbeidet med å nå sine mål?**

#### Koordinering

- Regionale aktører kan bistå helsefelleskapene ved å samstemme og koordinere egne innsatsområder i tråd med Helsefelleskapets strategier samt understøtte disse satsningene med tilskuddsmidler. Det er viktig at regionale aktører ikke iverksetter initiativ som fører til parallelle prosesser i kommuner og sykehus.

#### Kompetanse

- Regionale aktører kan understøtte helsefelleskapene med kompetanse, prosess- og metodestøtte.

---

<sup>2</sup> NOU 2018: Det viktigste først. Prinsipper for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for offentlig finansiert tannhelsetjeneste.

- Regionale aktører kan i samarbeid med akademiske miljøer og Helsefelleskapet bistå med å utvikle gode modeller og metoder for felles tjenesteutvikling.

#### **b. Hvilken støtte har vært spesielt nyttig så langt? Hvilken støtte savner dere?**

- Statsforvalteren i Innlandet er en positiv bidragsyter i å framsnakke Helsefelleskap Innlandet. Det er også positiv at Statsforvalteren i Innlandet arbeider med å samordne ressurser / satsninger opp mot Helsefelleskap Innlandet sin strategiplan.
- KS i Innlandet er en positiv bidragsyter ved å følge opp henvendelser der det er behov for avklaring og råd. KS bidrar også med prossestøtte til strategisamlinger og samordner satsninger i KS Innlandet med satsninger i Helsefelleskap Innlandet.

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

##### Handlingsrom for helsefelleskapene

- Helsefelleskap Innlandet arbeider med en strategiplan med utgangspunkt i overordnede føringer gitt i Nasjonal helse- og sykehusplan 2020 - 2023. Helsefelleskap Innlandet ønsker at den kommende nasjonale planen gir rom til å arbeide med de prioriterte satsningsområdene som er besluttet av partnerne i helsefelleskapet.

##### Felles rammeverk for prioriteringsarbeid

- Helsefelleskap Innlandet forventer at den kommende helse- og samhandlingsplanen følger opp stortingsmelding 38 om prioritering i helse- og omsorgstjenesten<sup>3</sup>. Det gjelder utvikling av felles rammeverk for prioritering i *hele* tjenesten, virkemidler for å styrke kunnskapsgrunnlaget i primærhelsetjenesten, juridiske virkemidler og andre forhold som er omtalt i stortingsmeldingen.

##### Implementering av nye satsninger

- I forbindelse med samhandlingsreformen i 2012 fikk kommunen ansvar for kommunal medfinansiering av somatiske pasienter for medisinske opphold og konsultasjoner for alle aldersgrupper, betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter og for opprettelse av øyeblikkelig døgntilbud i kommunene. Kostnadene for tiltaket ble finansiert av en tilsvarende reduksjon i bevilgningen til spesialisthelsetjenesten og overført til kommunenes rammetilskudd. På tross av dette opplever kommunene en økning i oppgaveflytting fra spesialisthelsetjenesten til kommunene uten at dette er kompensert i budsjettetrammen.
- Kommunene er redde for at forventet gevinst i fremtidig arbeid med felles tjenesteutvikling, allerede er lagt til grunn for realisering av ny sykehusstruktur i

---

<sup>3</sup> Meld.St.38 (2020 – 2021): Nytt, ressurs og alvorlighet. Prioritering i helse- og omsorgstjenesten.



Innlandet. Dette kan på sikt medføre utfordringer med å implementere nye satsninger i Helsefelleskap Innlandet.

*Med vennlig hilsen*

Arne Skogbakken  
Leder Helsefelleskap Innlandet

Alice Beathe Andersgaard  
Nestleder Helsefelleskap Innlandet