

## Svar til HOD - innspill til ny nasjonal helse-og sykehusplan 2024-2027

<p>Nasjonal helse- og sykehusplan 2024 – 2027</p>	<p>Viser til brev fra HOD 21.9.2021 til alle landets kommuner og regionale helseforetak med invitasjon til å komme med innspill til Nasjonal helse-og sykehusplan for 2024-2027. Det vises til følgende i invitasjonen;</p> <p>“I Meld. St. 7 (2019 – 2020) Nasjonal helse- og sykehusplan 2020 – 2023 ble det varslet at regjeringen ønsker at neste nasjonale helse- og sykehusplan blant annet skal bygge på innspill fra helsefelleskapene. Dette er også en oppfølging av avtalen mellom KS og regjeringen om innføring av helsefelleskap av 23. oktober 2019.</p> <p>I foretaksmøtet med de regionale helseforetakene i januar 2020, ble det blant annet stilt krav om at helseforetakene i sitt arbeid med lokale utviklingsplaner skal:</p> <p><i>- prioritere utvikling av tjenester til pasienter som trenger tjenester fra både spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Dette planarbeidet skal være tuftet på felles planlegging og utvikling i helsefelleskapene. Barn og unge, voksne med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer, skrøpelige eldre og personer med flere kroniske lidelser skal prioriteres i dette arbeidet.</i></p> <p><i>- gjennomgå akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus i samarbeid med kommunene.</i></p> <p>Departementet legger til grunn at det vil være nyttig for helsefelleskapene å diskutere innspill til nasjonal helse- og sykehusplan og se dette i sammenheng med arbeidet med helseforetakenes lokale utviklingsplaner.</p> <p>I Nasjonal helse- og sykehusplan 2020 – 2023 var etablering av helsefelleskap mellom kommuner og helseforetak et av hovedtiltakene for å bidra til å skape en sammenhengende helse- og omsorgstjeneste. I arbeidet med kommende nasjonal helse- og sykehusplan ønsker departementet å få innspill fra helsefelleskapene. Det er viktig å få informasjon om status i arbeidet i helsefelleskapene, hvilke utfordringer som oppleves i arbeidet og hvordan regionale aktører og nasjonale myndigheter kan støtte opp om arbeidet med å skape en mer sammenhengende helse- og omsorgstjeneste.”</p> <p>Departementet ber om at de 6 spørsmålene danner grunnlag for diskusjon og innspill. Helsefelleskap Oslo ved Strategisk samarbeidsutvalg har på bakgrunn selvstendige prosesser i de fire lokale samarbeidsutvalgene sammenfattet innspillene og svarer på det grunnlaget ut spørsmålene med følgende svar;</p> <p><b>Oslo helsefelleskap skiller seg fra de andre helsefelleskapene med blant annet;</b></p>
---	--

## Svar til HOD - innspill til ny nasjonal helse-og sykehusplan 2024-2027

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Én kommune hvorav 700 000 innbyggere, i alt femten bydeler – fire sykehus (hvorav ett tilhører to helsefelleskap, tre bydeler inngår i Ahus sitt opptaksområde.</li> <li>• Ett sykehusområde – tolv bydeler – tre sykehus</li> <li>• Lange samarbeidsrelasjoner og –tradisjoner, inkludert de formelle strukturene som strekker seg tilbake til 2008-2009.</li> </ul>
Spørsmål 1	<p>Hvilke erfaringer har dere høstet så langt, bl.a. knyttet til samarbeid mellom kommunene, mellom kommunene og helseforetak, etablering av sekretariatsfunksjoner, gode og likeverdige beslutningsprosesser, samt etablering av felles prosjekter?</p>
	<p>Helsefelleskap Oslo er etablert i hht til vedtatt struktur og alle møtefora er i gang. Ny representasjon fra brukere, fastleger og ansatte har tilført helsefelleskapet ny og nødvendig kompetanse og ny energi. Det er god dialog og kjennetegnes av gode relasjoner og vilje til samarbeid. Gjennom arbeidet med oppdatering av utviklingsplan 2035, har hele helsefelleskapet definert sentrale utfordringer og målsettinger for samarbeidet. Det samme hva gjelder prosess knyttet til spørsmålene som her besvares.</p> <p>Det strategiske nivået har sekretariatsfunksjonen som dekker strategisk samarbeidsutvalg og det årlige Partnerskapsmøte samt at en målsetting er god dialog og felles informasjonsplattform for deling av arbeidet i de lokale utvalgene osv. Dette forsøkes ivaretatt gjennom digitale løsninger men har fortsatt noen tekniske hindringer. De lokale samarbeidsutvalgene har eget sekretariatsansvar for de lokale faglige fora. Helseetaten (HEL) Det meldes i hovedsak at dette skaper god sammenheng i saksbehandling og saksflyt i helsefelleskapet slik at det som besluttet følges opp hva gjelder helsefelleskapet som helhet. Representasjonen i utvalgene bidrar til å sikre likeverdighet i beslutningsprosesser. Tilskuddsordninger bør forlenges i 2-3 år for å sikre at god struktur er etablert og det kan prioriteres innenfor egne rammer.</p> <p>Det er ikke meldt noen generelle samhandlingsutfordringer, men det er konsensus om og en felles målsetting å kunne fremskaffe felles virkelighetsforståelse gjennom å dele tall og fakta som kan gi nødvendig styringsdata. På den måten får helsefelleskapet skissert felles fordringsbilder og behov og derav prioriteringer. Dette arbeides det nå kontinuerlig med og gjennom godt partnerskap, bli kjent og få bedre kunnskap om hverandre slik at det utvikles en felles kultur fremover i dette arbeidet.</p> <p>Helsefelleskap Oslo har prioritert å følge følgende 4 områder;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Datadeling på tvers av tjenestenivåer, prioritet Storbylegevakt</li> <li>• Psykisk helse barn og unge, inntak og overgang mellom tjenestoområder og likeverdig tilbud i kommunen.</li> </ul>

## Svar til HOD - innspill til ny nasjonal helse-og sykehusplan 2024-2027

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rehabilitering</li> <li>• Kompetanse og rekruttering</li> </ul> <p>Samhandlingsmidler. Helsefelleskapet har for 2022 besluttet å videreføre ordningen med tildeling av samhandlingsmidler til aktuelle og relevante samhandlingsprosjekter til de prioriterte gruppene. Midlene er begrensede og prosjektarbeidet ressurskrevende med tanke på iverksetting og realisering av disse når det mangler finansiering eller den er svært begrenset i omfang og tid. 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 også finansiert med andre 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. Det bør vurderes fra nasjonalt hold å bevilge helsefelleskapene en finansiering som initierer innovasjon og utviklingsprosjekter i større omfang eller tilpasse tilskuddsordninger som går over minst 2-3 år slik at helsefelleskapene reelt kan vurdere effekt og gevinst slik at det gir anledning til å ha gode forankringsrunder, beslutninger inn mot budsjettprosessene i linjene.</p> <p>For mange formål oppleves det hensiktsmessig å samarbeide i prosjekt. Men det er alltid en utfordring når prosjektmidlene er brukt opp og tiltak evt. skal videreføres i vanlig drift. Dagens finansieringsordninger kan være til hinder for videreføring av prosjekter som har gitt bedre helsetjenester til innbyggerne. (mer om dette i svar på spørsmål 2 og 4).</p>
Spørsmål 2	<p>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?</p>
	<p>Helsefelleskapet har i arbeidet med oppgradering av Utviklingsplan 2035 pekt på følgende utfordringer:</p> <p><b>Kompleks samhandlingsstruktur:</b> Både Oslo kommune og sykehusene er varierende, men store organisasjoner. Det er utfordrende å få oversikt for dem som skal samarbeide, både på system- og pasientnivå.</p> <p><b>Begrenset samhandlingskompetanse,</b> det vil si å kjenne sin og de andres rolle i samarbeidet, kjenne og bruke avtaler/rammeverk, vite hvordan man finner informasjon om samarbeidspartene og kunne kontakte dem ved behov, beherske digitale samhandlingsverktøy, med mer. Dette er ut til å være noe enklere i sektorene med de ideelle sykehusene men kunnskapen om kommunen og alle tjenestetilbud osv er særdeles krevende</p> <p><b>Behov for bedre digitale, kliniske samhandlingsverktøy</b> – Det er behov for pasientinformasjon i sann tid. Digitalisering og utvikling av</p>

	<p>behandlingsteknologi må tjene pasienten og baseres på pasientens behov. Felles IKT-løsninger som understøtter deling av informasjon på tvers av omsorgsnivåer og helselogistikk. 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. Videre blir overgangene mellom sykehus og kommune mer krevende når det brukes ulike leverandører for verktøy og utstyr til digital hjemmeoppfølging feks.</p> <p><b>Behov for felles kvalitetsindikatorer for samarbeidet – «hvordan se at tiltakene virker?»</b></p> <p>Dette har særlig aktualisert seg i samhandlingen om skrøpelige eldre og pasienter med flere kroniske sykdommer</p> <p><b>Press på den akuttmedisinske kjeden.</b> Det er utfordringer knyttet til den økte bruken av ambulansetjenester. Transportkapasiteten er ikke tilpasset dagens behov.</p> <p><b>Finansiering.</b> Dagens finansieringsordninger kan være til hinder for god samhandling. En utfordring er at sykehus er delvis innsatsfinansiert, mens kommuner/bydeler er rammefinansiert. En annen utfordring er kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter i sykehus som er medvirkende årsak til hvilket tilbud pasienter får etter utskrivelse. Andre områder kan være knyttet til etablering av «1 1/2-linjetjenester» og takster både i DRG-systemet og hos fastleger som ikke stimulerer til hensiktsmessig samhandling og oppgavedeling. Dersom sykehus skal bli mer utadvendte må finansieringsordningene støtte opp under en slik utvikling.</p> <p><b>Planlegging og utvikling av tjenester til felles brukere.</b> Nytt lovfestet krav til felles planlegging og utvikling av tjenester til felles brukere kan stimulere helsefellesskapet til større åpenhet om planer i egen organisasjon. Vi opplever ikke at det har vært manglende vilje til dette før, men ser nå en tendens til økt forståelse for hva dette innebærer. Helsefellesskapet skal være pådriver for at alle ledd i et pasientforløp er kjent for samarbeidspartnere. Et skritt på veien er at sykehuset får kjennskap til bydelenes tildelingsbrev og andre planer, og at bydelene gir innspill til revisjon av sykehusets utviklingsplan. Deling av og samarbeid om planer på alle nivåer vil være et satsingsområde fremover.</p> <p><b>Kunnskap om hverandre.</b> 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 pasienter med kroniske lidelser er det særlig viktig med godt samarbeid.</p>
--	--

	<p><b>Særskilte utfordringer for de fire målgruppene</b></p> <p><b>Barn og unge:</b> Mangel på en felles modell for samarbeid og veiledning i innsøkningsprosessen til BUP, som inkluderer fastlegene, og sikrer at de rette pasientene kommer inn i spesialisthelsetjenesten, til rett tid. Det er ulike inntaksrutiner/-arenaer for BUP i hovedstadsområdet. Det har vært en dobling i henvisning til BUP de siste årene, døgntilrettelagt behandling har også økt voldsomt.</p> <p>Det etterspørres en felles modell i palliative forløp (eller for barn med store behov for tjenester. Og generelt likeverdige tjenester knyttet til oppfølging av denne pasientgruppen.</p> <p><b>Psykisk helse og rus.</b> Det er ikke godt nok samarbeid mellom sykehus, fastlege og øvrige kommunale tjenester underveis og ved avslutning av behandlingsforløp i spesialisthelsetjenesten. Samarbeidet om pasienter med alvorlige psykiske lidelser og ruslidelser er krevende, og bidrar til lange sykehusopphold. Noen av de aller sykeste pasientene «faller mellom stolene», blant annet fordi de mangler diagnose. Det erfarer utfordringer med komplekse brukersaker innen psykiatri og/eller samtidig rusmiddelproblematikk. Dette er saker som krever mye av hjelpeapparatet knyttet til kompetanse og ressurser, og er kostnadskrevenne saker hvor bydelene ofte ikke har tilstrekkelig og hensiktsmessige boliger. Det er ofte også utfordrende å komme i god posisjon for å yte adekvat bistand.</p> <p><b>Eldre og skrøpelige pasienter:</b> Behov for forbedring av forløpene for de mest syke og sårbare pasientene, særlig i livets slutfase; Kan vi sammen begrense reinnleggelses og flyttinger?</p> <p><b>Pasienter med flere kroniske sykdommer.</b> Det er for dårlig samlet ivaretagelse av pasienter med kroniske psykiske lidelser, ruslidelser og samtidige somatiske lidelser.</p> <p><b>«Storforbrukere».</b> Det er behov for å identifisere hvem storforbrukerne er og hva som er de individuelle behovene, dvs. hvilke (kombinasjoner av) tjenester den enkelte trenger. Vi tror pasienter med sammensatte behov og stort forbruk av tjenester kan identifiseres på flere måter, som det er mulig å måle: Har mange opphold i spesialisthelsetjenesten, har kontakt med flere enheter / fagområder, har kontakt med mange epikriseskrivende leger, bærer store kostnader ved behandlingen (KPP), har tjenester i både spesialisthelsetjenesten og kommunen (PLO meldinger). Man kan gruppere pasientene uten kroniske lidelser, 1-2 kroniske lidelser, 3 eller flere kroniske lidelser. Det må foreligge beskrivelser av hvilke mål som skal oppnås, hvilke tiltak som iverksettes og hvordan man kan måle prosesser og resultater. Hvordan kan dette brukes for å planlegge og følge opp tjenestene, uten å bryte kravene til integritet og taushetsplikt? Erfaringer fra utarbeidelse av Helseatlas og regionale rapporter bør benyttes – slik at vi kan nyttiggjøre oss informasjonen i forbedringsarbeidet. For pasienter med sammensatte problemstillinger kan det være en utfordring at ulike deler av</p>
--	--

## Svar til HOD - innspill til ny nasjonal helse-og sykehusplan 2024-2027

	<p>tjenesten ikke er tilstrekkelig koordinert. Det er behov for at noen ivaretar pasientens helhetlige behov.</p> <p>For samtlige utfordringer er det nedfelt målsettinger i utviklingsplan 2040, som skal danne grunnlag for handlingsplaner og konkrete tiltak. For alle områdene vil hjelp fra myndighetsnivå være viktig, ikke minst for å få gode digitale samhandlingsverktøy på plass i alle tjenester (se under)</p> <p>Prehospital klinikk bekymrer seg generelt over mange oppdrag. De opplever seg ikke rigget for utfordringene som kommer, les at mer behandling og omsorg skal skje i hjemmet. Det vises til hvordan tjenestene er rigget mellom de ulike sykehusene i Oslo, hvilke funksjonsvurderinger som gjøres i kommunen, samt at det per nå også er en overbelastning internt i spesialisthelsetjenesten. For samhandling med kommunen ønskes det derfor at legetjenesten i kommunen styrkes.</p>
Spørsmål 3	<p>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?</p>
	<p><b>Gode eksempler:</b></p> <p>Sektor OUS har i samarbeid med sine lokale bydeler og etater utviklet en differensiert, pasientsentrert forløpsmodell for skrøpelige eldre, konkretisert i <u><a href="#">Oslomodellen</a></u> og <u><a href="#">Helhetlige pasientforløp for eldre og kronisk syke pasienter</a></u>.</p> <p>Modeller for samhandlingsforløp  <u><a href="#">eHåndbok - Samarbeid om barn og unge ved mistanke om utviklingsforstyrrelse/kjent autismespekterforstyrrelse (ous-hf.no)</a></u>  <u><a href="#">eHåndbok - Samarbeid for hjemmeboende pasienter som får legemidler i Multidose i regi av kommunen, i Hovedstadsområdet (ous-hf.no)</a></u></p> <p>Møteplass Oslo med alle anbefalinger om samarbeid  <u><a href="#">Anbefalinger om samarbeid - Oslo universitetssykehus (oslo-universitetssykehus.no)</a></u></p> <p>Barn og unge med behov for sammensatte og koordinerte tjenester og omfattende oppfølgingsbehov i hjemmet: Lokalt SU har vedtatt at det skal søkes samhandlingsmidler for å komme frem til en ny modell for samhandling for denne lille, men ressurskrevende gruppen av pediatriske pasienter.</p> <p>Pakkeforløp kreft-hjem: Det er flere som overlever kreft, men mange har følgeskader som krever behandling i kommunehelsetjenesten. Det er gitt i oppdrag fra Helsedirektoratet og besluttet i lokalt SU at OUS skal arbeide videre med systematisert oppfølging i samarbeid med kommunehelsetjenesten.</p>

	<p>Innen psykisk helse har OUS god erfaring med FRONT og FACT team. Modeller som med fordel kan videreutvikles til å gjelde andre pasientgrupper.</p> <p>Prosedyrer og forløpsbeskrivelser utviklet for hovedstadsområdet kan deles i NHSP, tas i bruk av andre og tilpasses lokale forhold.</p> <p>Sektor Ahus</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Bydelene og Ahus (DPS og ARA) har igangsatt et prosjekt for å pilotere FACT-team i en bydel</li><li>• Barn som pårørende i kommunene</li><li>• Respiratorbehandling hjemme</li><li>• Godt samarbeid mellom kommunene og habiliteringstjenesten på sykehuset</li><li>• Ambulerende team; eksempelvis palliativt team og ambulerende sykepleieteam</li><li>• PLO og annen elektronisk kommunikasjon. Fungerer godt mellom kommuner og sykehus, men krevende for fastlegene</li><li>• Kompetansebroen; nettportal for samhandling og kompetansedeling</li></ul> <p>Ahus har prosjekter mellom seg og kommunene i opptaksområdet. Enkelte prosjekter vil kunne ha overføringsverdi til bydelene.</p> <p>Deling</p> <p>Erfaringene med Kompetansebroen viser at det er helt avgjørende å ha en god elektronisk plattform for samhandling og kompetansedeling i helsefellesskapet. Dette er et verktøy som er egnet for å deles, og kan tas i bruk av alle helsefellesskap 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.</p> <p>Utvikling og ibruktakelse av verktøy for digital hjemmeoppfølging og deling av helsefellesskapsdata er et arbeid som vil være helt sentralt fremover, og som bør forsterkes gjennom Nasjonal helse- og sykehusplan. Det er mange gode eksempler i helsefellesskapene, men også mange felles utfordringer som sannsynligvis kan løses på en koordinert måte.</p> <p>Sektor Diakonhjemmet</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Et vellykket prosjekt i Diakonhjemmet sektor om drift av <i>spesialisert korttidsenhet</i> ble avviklet i 2013 etter nesten tre års drift. Dette var et tilbud lokalisert på sykehuset, drevet av Oslo kommune, med støtte fra fagpersoner på sykehuset. Dette var et funksjonelt prosjekt så lenge det varte, og ga svært god kunnskap på tvers og skapte gode samarbeidsrelasjoner som det fortsatt nyter godt av.</li><li>• Det har i flere år hatt <i>delt fagstillinger</i> – for eksempel ernæringsfysiolog og geriater. Dette har gitt økt innsikt og</li></ul>
--	---



## Svar til HOD - innspill til ny nasjonal helse-og sykehusplan 2024-2027

	<p>avdekket behov for kompetanseheving, kompetansedeling og endret ressursinnsats.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prosjektsamarbeid om <i>FACT-team</i> ble etablert for flere år siden og pågår fortsatt. Det er pt. fire <i>FACT-team</i> i sektor – alle relatert til psykisk helse og rus. Det er nylig gjennomført en evaluering som vil gi insentiver for videre arbeid med <i>FACT</i>. <i>LSU-DS</i> vil også vurdere om denne modellen kan brukes overfor andre pasientgrupper</li> <li>• Integrerte helsetjenester er et pågående prosjekt med fokus på hjemmemonitorering av <i>KOLS</i>-pasienter. Utgangspunktet for prosjektet var å finne ut om pasienter som bruker spesialisthelsetjenesten mye kan få like gode eller bedre tjenester hjemme. Ved å velge en begrenset pasientgruppe i prosjekt, vil vi få erfaringer som kan bidra til å utvikle gode forløp for flere pasientgrupper.</li> </ul> <p>Erfaringer fra ulike prosjekter vil bli brukt til å planlegge felles tjenester og gode pasientforløp i tråd med målsetningen om det utadvendte sykehuset.</p>
Spørsmål 4	<p>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?</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Helsefelleskapene kan støttes ved at nasjonale styringsdokumenter og veiledere ferdigstilles. Det anbefales å skifte fokus fra pakkeforløp til samhandlingsforløp. Sykehusenes nettsider må få større prioritet mot samarbeidende helsetjeneste.</li> <li>• Finansieringsordninger som stimulerer til god samhandling. Av nasjonale virkemidler fremheves særlig behovet for en finansieringsordning som understøtter tjenesteutvikling mot mer hjemmebehandling og omsorg i hjemmet. Det vil være helt avgjørende for å realisere forventninger om å flytte tjenester hjem til pasienten. På tilsvarende måte er finansiering av forbedringsarbeid og overgang til «det digitale skifte» avgjørende for å realisere målene om en mer bærekraftig helsetjeneste. Ettersom det er utfordrende å gå fra prosjekt til implementering av en tjeneste til 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-</li> </ul>



## Svar til HOD - innspill til ny nasjonal helse-og sykehusplan 2024-2027

	<p>tjenester, bruk av teknologiske verktøy og økt kompetanse om behandling og oppfølging av de aktuelle pasientgruppene.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tjenestene må også være villige til omstilling og endre tjenestene slik at de treffer behovene i årene som kommer. Dette kan initieres ytterligere fra nasjonalt hold.</li> <li>• 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.</li> <li>• Erfaringskonferanser der gode eksempler blir trukket frem, motiverer og gir innspill til utvikling. Det er i slike sammenhenger også verdifullt å høre om fallgruver, slik at det ikke bare er suksesshistorier som fortelles.</li> <li>• 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 må overordnende myndigheter legge tydeligere føringer slik at samhandlingen i hvert helsefelleskap blir smidig.</li> <li>• Legge til rette for tettere kobling mellom utdanningsinstitusjoner - spesielt sykepleierutdanningen - spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten med mål om å forstå samhandlingsfeltet bedre og evt. vurdere økonomiske virkemidler i denne sammenhengen (for eks. kompensasjon for veiledning av sykepleierstudenter)</li> <li>• Fortsatt fokus på det utadvendte sykehuset/spesialisthelsetjenester utenfor sykehuset</li> <li>• Nasjonale faglige veiledere har vært god støtte, for eksempel pakkeforløp, råd for pandemihåndtering, Nasjonal handlingsplan for kvalitet og pasientsikkerhet m.fl.</li> <li>• Bestillingene fra nasjonale myndigheter og hva som skal rapporteres, hvordan og hvor ofte, må gjøres konkret og målrettet – slik at det avgrenses til det som er egnet for korrigeringer og forbedringsarbeid. Målinger uten utfallsmål bør i prinsippet avvikles.</li> </ul>
Spørsmål 5	<p>Hvordan kan regionale aktører (KS, regionale helseforetak, statsforvalteren) støtte helsefelleskapene i arbeidet med å nå sine mål? Hvilken støtte har vært spesielt nyttig så langt? Hvilken støtte savner dere?</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Det er et ønske med økonomisk og faglig prosess-støtte for effektiv implementering av gode pasientforløp. For mange gode rutiner blir ikke implementert.</li> <li>• Det er også ønskelig med -støtte for utvikling av en felles analysemodell for spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten og framskrivningsmodell. For å utvikle dette er det nødvendig med økonomiske og juridiske</li> </ul>

	<p>støtteinsentiver. Det er behov for finansieringsordninger som understøtter implementering av nye modeller.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Det bør være en sammenheng mellom føringene til kommune og spesialisthelsetjenesten. Om føringene har samme mål, vil det være enklere å enes om prioritering.</li></ul> <p>Regionale helseforetak</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Det ønskes tilgang til styrings- og tjenesteforløpsdata som bidrar til kontinuerlig forbedring av samhandlingen på tvers, og som bidrar til at man kan se endringer av forbedringstiltak og utviklingsarbeid som iverksettes.</li><li>• lage systemer for forløpskoordinering</li></ul> <p>KS</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• finansiere tjenesteutvikling, særlig i tilknytning til teknologi og digitalisering</li><li>• legge til rette for bedre tilgang til styringsdata i kommunene. Slik det er i dag egner journalsystemene i kommunene seg dårlig til uthenting av data</li><li>• skape felles retningslinjer for kommunerollen i helsefellesskapene</li><li>• arrangere nasjonale samhandlingskonferanser</li><li>• fasilitere nettverksbygging</li></ul> <p>Statsforvalteren</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• besøke samhandlingsfora, informere om sin rolle og oppgaver, invitere til dialog om relevante samarbeidsområder</li><li>• tilskuddsordninger.</li></ul> <p>Nasjonalt nettverk- deling</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Det er nyttig å delta i det nasjonale nettverket i regi av Helsedirektoratet og de nasjonale samlingene. Det er imidlertid ønskelig at mandat og forventninger til deltakerne blir tydeligere formulert.</li></ul> <p>Personer med utviklingshemming og nedsatt funksjonsevne - digi</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 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 betale for økende utgifter til folketrygden og helse- og omsorgstjenester. Ny teknologi legger grunnlag for vekst og høyere produktivitet. Teknologi kan i noen tilfeller erstatte arbeidsoppgaver som utføres av menneskelig arbeidskraft. Fremtiden krever bedre 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</li></ul>
--	--

## Svar til HOD - innspill til ny nasjonal helse-og sykehusplan 2024-2027

	<p>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.</p>
Spørsmål 6	<p>Er det noe annet dere vil spille inn til Nasjonal helse- og sykehusplan 2024 -2027?</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ønske om at både forebygging, rehabilitering løftes opp som sentrale tema i neste Nasjonal helse og sykehusplan. Det bør 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. Forebygging og folkehelse er oppfølging som tradisjonelt sett har sin hovedvekt i kommunene, men i ny Nasjonal helse- og sykehusplan bør det tydelig beskrives hva som er spesialisthelsetjenestens rolle og ansvar knyttet til dette. Et viktig grep er tiltak knyttet til økt helsekompetanse i befolkningen. Dette må få en økt oppmerksomhet i både spesialist- og kommunehelsetjenesten.</li> <li>• Det vil være viktig å se 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. Et vesentlig hinder for god samhandling på tvers av tjenestenivåer i dag, er mangel på IKT-verktøy og løsninger som fungerer på tvers. Informasjonsdeling i sanntid er særlig viktig overfor pasienter med sammensatte og komplekse problemstillinger – der felles og samtidige tiltak må være målet.</li> <li>• 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.</li> <li>• 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.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"><li>• 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 fokuseres 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 samarbeid om tiltak og mestringsfokus i pasientbehandling, får en større plass.</li><li>• Ivarretagelse 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. Mangfolds- og migrasjonshelse er viktig for bydelene. Som et eksempel har bydel Stovner i underkant av 60 % innbyggere med innvandrerbakgrunn (inkluderer norskfødte med innvandrerbakgrunn). Deler av disse gruppene (Pakistan, Sri Lanka) er som nevnt ovenfor overrepresentert når det gjelder forekomst av diabetes type II og overvekt (Pakistan, Somalia), og mange har D-vitaminmangel. Dette kan handle om både kulturelle forhold og genetikk. Migrasjons- og mangfoldshelse forutsetter at man tar hensyn til kulturelle forhold og betraktninger i behandlingen av den enkelte pasient. Synet på aldring og helse er kulturelt betinget og påvirkes også av andre sosioøkonomiske forhold. Kunnskap om dette er nødvendig for å kunne gi likeverdige helsetilbud.</li><li>• 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 kommune/bydel. Fastlegeordningen er under stort press og arbeidsmengden beskrives av fastlegene som utfordrende. Pasienter skrives også raskere ut fra sykehusene. Disse pasientene trenger ofte tett medisinskfaglig oppfølging i kommunehelsetjenesten, både av fastlege og av øvrige kommunale tjenester. Dette fordrer et tett samarbeid, både mellom fastlegene og tjenestene i kommune/bydel, og mellom fastlegene og spesialisthelsetjenesten.</li></ul>
--	---