

Helsefellesskapet Agders innspill til ny NHSP

I. Status i arbeidet i Helsefellesskapet Agder.

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

Partssammensatte strategidokument

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

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

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



Erfaringer fra samarbeidet mellom kommunene og helseforetak

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

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

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

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

Sekretariatsfunksjoner

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

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

Likeverdige, men ulike beslutningsprosesser

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

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

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

Oppsummert

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

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

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

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

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

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

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

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

To forvaltningsnivå med ulike finansieringssystem

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

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

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

Tjenesteutvikling baseres på svakt kunnskapsgrunnlag

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

Den digital transformasjon går for sakte

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

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

Felles styring og finansiering av utvikling

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

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

Variierende kjennskap til hverandre

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

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

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

Tydelige forventninger/bestillinger fra departement og direktorat

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

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

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

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

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

Om behovet for justering av nasjonale virkemidler.

Faglige råd

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

Styrings- og finansieringssystemer

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

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

Styringsinformasjon og framskrivningsverktøy

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

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

Digitalisering/eHelse/IKT

Det er behov for at den digitale transformasjonen går mye raskere

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

Støtte som har vært særlig nyttig

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

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

Hvilken støtte savnes?

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

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

Fokus på de fire pasientgruppene

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

Akuttmedisinsk kjede

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

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

Pandemiens konsekvenser

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

Kompetanse – rekruttere og beholde

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

Fastlegeordningen

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

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

Dimensjonering og lokalisering av avtalespesialister

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

Helsefremming og forebygging

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

Forskning

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

Beredskapskapasitet ift. virksomhetsvridning

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

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

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