



Helse og omsorgsdepartementet
postmottak@hod.dep.no

Stavanger 1.april 2022.

Innspill til Nasjonal helse- og sykehusplan 2024 – 2027 fra helsefelleskapet i Sør- Rogaland

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?

- Gode samarbeidsstrukturer mellom kommunene og Helse Stavanger. Helsefelleskapet sitt sekretariat har fungert bra. KS i Rogaland har hatt to faste plasser i helsefelleskapets SSU som har ivarett lederfunksjonen og sekretariatsfunksjonen fra 2020. Lederoppgaven veksler med direktør helse Stavanger, som overtar ledelsen og sekretariatsfunksjonen høsten 2022. Felles sekretariatsfunksjonen i 50 prosent stilling for kommunesiden har bidratt til å koordinere samarbeidet på kommunesiden.
- De ulike samhandlingsarenaene er likt sammensatt hos partene – nivåene i samhandlingsstrukturen samsvarer bedre enn tidligere – enklere beslutningsprosesser

Felles prosjekter:

- Etablering av tjenestemodellgruppene har involvert hele samhandlingsstrukturen. Helsefelleskapet opplever større vilje til å planlegge for bedre ressursutnyttelse på tvers av tjenestenivå – fra Parter til Partnere.
- Pandemien har vært – og er vårt felles prosjekt. Etablerte strukturer har bidratt til å løse utfordringer under pandemien svært godt.

2. Hva opplever helsefelleskapet som mest krevende for å nå målene om mer sammenhengende, bærekraftige tjenester for pasienter med sammensatte behov?

➤ Oppgavefordeling og manglende finansiering

Et av de uttalte målene med samhandlingsreformen var å forskyve oppgaver og behandlingsansvar fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten. Både spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten er opptatt av å levere bærekraftige tjenester til brukere/pasienter på beste effektive omsorgsnivå. Dette innebærer at spesialisthelsetjenesten ønsker å tilby poliklinisk- eller dagbehandling der det er mest hensiktsmessig, samtidig som kommunene i større grad ønsker å

levere tjenester i hjemmet framfor i institusjon. Denne oppgaveforskyvningen har ført til uklarheter omkring hvem som har ansvar for hvilke oppgaver samt hvordan disse skal finansieres.

➤ Kompetanseutfordringer

Spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten er komplekse organisasjoner med ulik organisasjonskultur og ulike ansvarsområder for pasienter og brukere. (spesialisthelsetjenesten med diagnosefokus og kommunehelsetjenesten et «leve hele livet» fokus). Manglende kompetanse innen koordinering og samhandling er en utfordring både for spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten når brukerne skal sikres helhetlige og sammenhengende tjenester.

I forbindelse med oppgaveoverføring fra spesialisthelsetjenesten er «rett klinisk» kompetanse i kommunehelsetjenesten en utfordring.

➤ Utfordringer knyttet til kommunikasjon med brukere/ pasienter og innbyggere/politikere.

NHSP (2020 – 2023) beskriver at pasienter, brukere og pårørende er helt sentrale samarbeidspartnere for helse- og omsorgstjenesten. Samtidig opplever mange pasienter og pårørende at det er vanskelig å forstå informasjon fra helsetjenesten. I tillegg er det en utfordring at det er stor ulikhet i befolkningens helsekompetanse. God kommunikasjon og informasjon er viktig for å støtte brukere i å mestre egen helse, ta beslutninger og delta i planlegging og utvikling av tjenestene.

Dagens befolkning har høye forventninger til hva helse- og omsorgstjenestene skal levere. Befolkningens forventninger overstiger i mange tilfeller spesialist- og kommunehelsetjenestens kapasitet og ressursrammer, og det kan være ulike oppfatninger av hva som er de offentlige helsetjenestenes ansvar. Det er en utfordring å få til felles forståelse av bærekraftutfordringene og prioriteringsbehovet

➤ Rekrutteringsutfordringer

Personellbehovet i helse- og omsorgstjenestene forventes å øke med 35 % for kommunehelsetjenesten og 13 % for spesialisthelsetjenesten frem mot 2035. Allerede i dag er det store utfordringer knyttet til å rekruttere og beholde personell, noe som forsterkes ved at spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten konkurrerer om de samme fagpersonene.

➤ Utfordringer knyttet til koordinering og samhandling / utskrivningsprosessen

Koordinering og samhandling er en forutsetning for at brukere med store og sammensatte behov skal oppleve helhetlige og sømløse forløp. Dagens forskrift «Vilkår for at en pasient er utskrivningsklar», §9, utfordrer planlagte og sømløse overganger grunnet tidspress. I tillegg mangler digitale løsninger som støtter samhandling på tvers av nivåene. Blant annet mangler et system for å kunne ta i bruk digitale meldinger (PLO meldinger) når pasienten kommer til dag- eller poliklinisk behandling.

Videokonsultasjoner og tverrfaglige møter mangler rutiner, prosedyrer og takster.

➤ Akuttberedskap – bedre koordinering på tvers av tjenestene.

Pasientene skal sikres rask tilgang til, og sammenhengende akuttmedisinske tjenester. Akuttmedisinforskriften beskriver ansvaret for begge forvaltningsnivåene, men grenseoppgangene i forhold til ansvar og oppgaveløsning er mindre tydelige. Utfordringer knyttet til hjemmeoppfølging og nettbasert behandling

- Utfordringer knyttet til hjemmeoppfølging og nettbasert behandling
Potensialet som ligger i hjemmeoppfølging og nettbasert pasientoppfølging blir ikke utnyttet fordi de digitale systemene ikke snakker sammen. Eksempelvis er det ikke mulig å dele kliniske data eller dokument på tvers av nivåene.

Hva gjør dere konkret for å adressere disse utfordringene?

- Fagråd 6 som ivaretar delavtale 6 «Samarbeidsavtale om a) Retningslinjer for gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling, faglige nettverk og hospitering b) Samarbeid om utdanning praksis og læretid» arbeider med Universitetet i Stavanger for å få en felles forståelse av hvordan oppgaveforskyvning har endret praksis i kommunene på en måte som gjør praksisplassene i kommunen egnede til å ivareta også mer spesialiserte praksisbehov enn tidligere. Dette bidrar til å anerkjenne kommunene som en arena for å utvikle og opprettholde mer spesialisert fagkompetanse som er viktig i rekruttering av fagpersonell
- Utpøring av modell IKART – interkommunalt ambulant rehabiliteringsteam for personer fra 18 til 70 år med omfattende og sammensatt rehabiliteringsbehov, hvor også spesialisthelsetjenesten bidrar med ressurser/kompetanse. Det er knyttet en offentlig Ph.d. stilling til prosjekt: «Hva gir trygge overganger i interkommunal rehabilitering, og hvilke metoder sikrer samhandling på tvers av helsetjenestenivåene?»
- OBS-teamet (HST - Stavanger kommune) - er et behandlingsteam som arbeider etter FACT modellen – dette innebærer et tverrfaglig sammensatt team som består av personer med ulike fagkompetanse, og som sammen med bruker koordinerer og yter hjelp ut fra brukers behov.
- FACT teamet (HST – Sandnes kommune) FACT- teamene yter langvarig oppfølging til mennesker med alvorlige psykiske lidelser i deres lokalsamfunn. Oppgavene deres er blant annet å følge med på sykdoms- og symptomutvikling, og støtte i bedringsprosesser. Deltakerne har tilgang på både psykolog, psykiater og sykepleier fra DPS.
- Barn og unges helsetjeneste ¹ – et kart over tjenestetilbud for barn og unge som gir oversikt over de ulike tjenestene sin rolle og ansvarsområde. Effekten av dette prosjektet ligger i at de ulike «aktørene» i større grad tar sitt ansvar og bidrar til å løse barn og unges behov for tjenester.
- Felles opplæring i forbedringsmetodikk (Stavanger kommune og HST)
- Prosjekt mellom kvinneklinikken og Stavanger kommune på bakgrunn av knapphet på jordmødre, som har som mål å opprettholde og dele kompetanse, samt å rekruttere og beholde jordmødre.
- Akuttkjede-prosjektet - Etablering av samhandlingsprosjekt for akuttkjeden har vist gunstige effekter ved at en har kartlagt pasientforløp, innført kompetansehevende tiltak knyttet til observasjons- og beslutningskompetanse i primærhelsetjenesten og jobbet med bedre overganger mellom ulike behandlingsnivå (Akuttkjede-prosjektet Telemark, Røros prosjektet²). Tilsvarende prosjekt er besluttet etablert i helsefelleskapet Sør-Rogaland med formål å kartlegge behov og jobbe med forbedring i akuttkjeden.

¹ [Barn og unges helsetjeneste - Helse Fonna \(helse-fonna.no\)](https://helse-fonna.no)

² [Akuttkjede-prosjektet - Sykehuset Telemark \(sthf.no\)](https://sthf.no)

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?

Helsefellesskapet Sør- Rogaland har benyttet 2021 til å forankre nye strukturer og samarbeidsarenaer. Overordnet samarbeidsavtale mellom Helse Stavanger HF og kommunene justert etter Nasjonal Helse- og sykehusplan (2020- 2023).

Fire tjenestemodellgrupper er etablert for å utvikle sammenhengende og helhetlige pasientforløp for de fire prioriterte pasientgruppene. Det er lagt vekt på felles arbeidsmetodikk for å sikre bred forankring og involvering i fagfeltet og i kommunene. Fastleger og brukerrepresentanter fra kommuner/helseforetak deltar på alle arenaer. Gjennom arbeidet med etablering av tjenestemodellgruppene ble det lagt vekt på at medlemmene fra kommuner og helseforetak representerer samme beslutningsnivå på ledersiden, i tillegg til bred representasjon på fagsiden. Beslutningsprosessene er avklart og det er utarbeidet felles mandat for arbeidet.

Det konkrete arbeidet i tjenestemodellgruppene er i oppstartsfasen og helsefellesskap Sør- Rogaland har derfor ingen resultat å dele når det gjelder utvikling av tjenestene.

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 og finansieringsordninger) vil bidra til å realisere målene? Hvilken støtte fra Helsedirektoratet og andre etater har vært spesielt nyttig så langt? Hvilken støtte savner dere?

- Felles styringssignaler til Helsefellesskapet
 - Statlige styringssignaler til spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten må samkjøres og harmoniseres, dette gjelder særlig tema som har betydning for samhandling. Dersom styringssignaler til spesialisthelsetjenesten har konsekvenser for kommunehelsetjenesten eller omvendt, så må disse være kjent.
 - Felles verktøy i Helsefellesskapet for å kunne følge med på aktivitetene med mål om å sikre likeverdige tjenester og å unngå uønsket variasjon (eks. Helseatlas³).

- Finansiering

Myndighetene må gi økonomisk kompensasjon ved flytting av oppgaver fra et nivå til et annet. Nasjonale myndigheter må etablere finansieringssystem som understøtter nye måter å jobbe på. Dette gjelder eksempelvis finansiering av:

 - Utprøving og innovasjon
 - Ambulante team
 - Pasientsentrerte helseteam
 - Interkommunale ambulante team
 - Ny teknologi ved nettbasert behandling og hjemmeoppfølging
 - Takster for avstandsoppfølging

Betalingsordningen for utskrivningsklare pasienter i sykehuset må i større grad samsvare med reelle kostnader som et incentiv for bedre pasientflyt. Eventuelle endringer i forskriften må ses i sammenheng med behov for bedre planlegging ved utskrivelse. En mulig løsning for å sikre bedre pasientflyt kan være innføring av en karensdag og gradvis økning i betaling for utskrivningsklare døgn for å unngå lang liggetid som utskrivningsklar i sykehus.

³ [Helseatlas](#)

- Digitale tjenester
 - En sømløs samhandling omkring pasientene krever at pasientens legemiddelliste til enhver tid er oppdatert og tilgjengelig i tillegg til et felles journalsystem.
- Bruker og innbygger kompetanse
 - En felles kompetanse- og kommunikasjonsplan kan bidra til å styrke brukere/pasienter og innbyggere som aktive samarbeidspartnere. Kompetansen i befolkningen må styrkes både når det gjelder forståelse for helse og helsesystemer.
 - Forskning og innovasjon bør brukes som virkemiddel for å avdekke behov og styrke kompetansen for brukere som deltar i planlegging og utvikling i helsefellesskap.
- Fagkompetanse
 - Sentrale myndigheter må kartlegge kompetansegapet og sikre at helsepersonell blir utdannet til å møte fremtidens utfordringer på en bærekraftig måte, som eksempelvis helseteknologi.
 - Utdanningene må også legge til rette for at studentene lærer om samhandling og koordinering. Tverrprofesjonell samarbeidslæring er et voksende fagfelt som bør inngå i helseutdanningene. Det bør utvikles teoretiske og pedagogiske modeller for hvordan dette gjøres.
 - Det bør stilles felles krav til å ta imot studenter for kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. I dag har sykehusene en plikt til å ta imot studenter, mens kommunene har en plikt til å medvirke til praktisk opplæring av helsepersonell.
 - Det bør tydeliggjøres hvilket ansvar spesialisthelsetjenesten har for opplæring og veiledning til kommunen utover ansvaret knyttet til utskrivelse av enkeltpasienter.
 - Kommunehelsetjenesten sine kompetansebehov må tydeliggjøres og forutsetninger til å ta imot må styrkes.
 - Det bør stimuleres til interkommunale tilbud for å bygge robuste og bærekraftige fagmiljøer
 - Det bør utvikles felles «Samhandlingsplattform» for helsefellesskapene til deling av informasjon, råd og veiledning
- Rekruttere og beholde helsepersonell
 - Myndighetene bør stimulere til heltidskultur, trainee-ordninger, gode hospiteringsordninger og mulighet for deling av stillinger på tvers av organisasjonene
 - Helse og omsorgsdepartementet må samarbeide med andre departementer og legge koordinerte strategier for å møte morgendagens utfordringer
 - Etterutdanningsprogram for helsepersonell i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten må finansieres og harmoniseres, samt finansieres på lik linje med etterutdanning i skolesektoren
 - Utarbeide felles kommunikasjonsplan for å avstemme innbyggernes forventninger til helsetjenesten
- Akuttberedskap –tiltak.
 - Initiativ som sikrer involvering og tett samarbeid for å sikre effektiv oppgaveløsning og ressursutnyttelse av de samlede ressursene er nødvendig

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?

- KS har hatt en sentral rolle i opprettelse og utformingen av helsefellesskapet og i tillegg en viktig samordningsrolle overfor kommunene, sammen med kommunesidens sekretariatsfunksjon
- Ulike oppdrag og rapporteringskrav fra ulike aktører må samordnes. Dette er en forutsetning for at en i fellesskap kan arbeide for et bedre tjenestetilbud for pasientene. Rapportering på utfallsmål må prioriteres fremfor prosessmål
- Tilskuddsmidler – felles midler til samhandlingsprosjekter for utprøving av nye tjenestemodeller i helsefellesskapet (tjenestemodellgruppene)

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

- Samarbeid om folkehelseutfordringer

Systematisk forebygging av sykdom og tidlig innsats er viktig for å møte kapasitetsutfordringene i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten i årene som kommer. Gjennom systematisk innsats kan vi utsette behovet for helse og velferdstjenester. God samfunnsplanlegging og tilrettelegging er viktig for at innbyggerne kan leve gode liv; på jobb i fritid og i hjemmet. Helsefellesskapet anerkjenner viktigheten av dette arbeidet og ønsker å løfte dette frem som et samarbeidsområde i årene som kommer.

- Nasjonal helse og sykehusplan på høring

Vi foreslår at neste NHSP sendes helsefellesskapene på høring før ferdigstillelse.


Helle Kristine Schøyen
Administrerende direktør Helse Stavanger


Odd Stangeland
Styreleder i KS Rogaland